

Que reste-t-il des indications des immobilisations dans les entorses de la cheville ?

RÉSUMÉ : Les traumatismes en varus forcé de la cheville de l'enfant et de l'adolescent sont très fréquents. Ils sont à l'origine d'entorse vraie, plus ou moins sévère, du ligament latéral externe et de décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure de la fibula.

Les circonstances de l'accident, l'examen clinique, l'âge de l'enfant et ses activités sportives habituelles sont à prendre en compte pour proposer le traitement le plus adapté à chaque situation.



→ P. MARY

Service d'Orthopédie et de Chirurgie réparatrice de l'Enfant, Hôpital d'Enfants A. Trousseau, PARIS.

Pendant de nombreuses années, on a considéré qu'il n'existait pas d'entorse de cheville chez l'enfant et qu'il ne s'agissait que de décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure de la fibula. Il est maintenant admis que l'entorse de cheville existe chez l'enfant et que sa fréquence augmente avec l'âge au détriment de celle des décollements épiphysaires de l'extrémité inférieure de la fibula.

Faire la différence entre ces deux lésions est essentiel à l'étape du diagnostic, et conduit à des thérapeutiques différentes. Il en est de même pour les entorses vraies qui sont de gravité très variable et justifient donc de mettre en place des traitements adaptés.

Entorse de cheville et décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure de la fibula, quelle différence ?

Comme dans toute lésion traumatique, le mécanisme est essentiel. Il est le même pour les deux lésions : c'est un traumatisme en varus forcé plus ou moins associé à de l'équin. La localisation de la douleur

à la palpation est essentielle. Lorsqu'il s'agit d'un décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure de la fibula, la douleur est maximale au-dessus de la malléole latérale, c'est-à-dire au niveau du cartilage de croissance. Lorsqu'il s'agit d'une véritable entorse, la douleur se situe sur les faisceaux du ligament latéral externe en commençant par le faisceau le plus antérieur (fig. 1).



FIG. 1 : Examen clinique : le cartilage de croissance de l'extrémité inférieure de la fibula se situe au-dessus de la malléole externe (*). Les trois faisceaux du ligament latéral externe sont sous-malléolaires.

REVUES GÉNÉRALES

Orthopédie

Il existe bien évidemment des cas où il est très difficile de faire la différence entre les deux, soit que l'enfant est inexaminable, soit qu'il est incapable de désigner lui-même la zone la plus douloureuse. Rappelons que la très grande majorité de ces décollements épiphysaires de l'extrémité inférieure de la fibula sont des lésions de type Salter I sans déplacement, c'est-à-dire avec un trait de fracture qui passe uniquement dans le cartilage de croissance, donc invisible lorsqu'il n'y a pas de déplacement; la radiographie n'est donc d'aucune aide pour le diagnostic différentiel entre ces deux lésions. Dans les cas difficiles et lorsque cela débouche sur des options thérapeutiques différentes, l'échographie est capable de mettre en évidence la rupture ligamentaire.

Comment apprécier la gravité d'une authentique entorse de cheville ?

Classiquement, on décrit trois niveaux de gravité dans l'entorse de cheville :

- la simple distension ligamentaire;
- la déchirure partielle d'un ou de plusieurs faisceaux du ligament latéral externe;
- la rupture ligamentaire complète d'un ou de plusieurs faisceaux.

Lorsque le traumatisme vient de survenir, il est très difficile de faire la part des choses. Dans la majorité des cas, il existe un volumineux hématome sous-malléolaire. L'importance de l'hématome ne peut être tenue pour être discriminante. La rapidité d'apparition de celui-ci est un critère de gravité. Auparavant, on considérait que le craquement ressenti par le patient au moment de l'accident l'était également. Cela ne semble pas se confirmer. Il n'existe pas de corrélation entre l'importance des douleurs et les dégâts anatomiques; l'incapacité de prendre appui sur cette cheville est un critère de gravité.

Globalement, on peut retenir qu'en urgence, il n'existe pas de critère suffi-

samment fiable pour apprécier la gravité d'une entorse de cheville. C'est la raison pour laquelle il est de plus en plus fréquent de revoir ces enfants et adolescents une semaine environ après le traumatisme initial. L'examen clinique à cette date sera beaucoup plus prudent pour faire la part des choses.

Si la douleur a disparu après ce délai, on peut considérer qu'il s'agissait d'une entorse bénigne. Si la douleur persiste, qu'elle soit de moyenne gravité ou de grande gravité, l'entorse de cheville nécessitera d'être traitée de manière rigoureuse.

Quel traitement entre les deux consultations ?

Dans la grande majorité des cas, le protocole RICE est applicable, pourvu que l'enfant soit capable d'utiliser des béquilles. Il comprend :

>>> Rest

Le repos avec mise en décharge entre deux cannes anglaises.

>>> Ice

Le glaçage de l'hématome fait diminuer l'importance de celui-ci, le caractère inflammatoire. Il consiste à appliquer de la glace dans un linge sur la zone lésée pendant 15 à 20 minutes; l'opération est à renouveler plusieurs fois par jours surtout pendant les 72 premières heures.

>>> Compression

Soit par un bandage en commençant par les orteils et en remontant vers la cheville en réalisant des huit, soit par une attelle amovible. Cette compression doit rester douce. Elle est ôtée pour la nuit.

>>> élévation du membre atteint

La nuit, la cheville doit être surélevée le plus possible, sur un oreiller par exemple.

Ces mesures s'accompagnent de la prescription d'antalgiques, éventuellement d'anti-inflammatoires non stéroïdiens d'application locale.

Dès que la diminution de la douleur le permet, il faut mobiliser la cheville, essentiellement en flexion/extension et en évitant les manœuvres de varus-valgus, ce qui permettra de récupérer plus rapidement en cas d'entorse bénigne ou de moyenne gravité.

Quels sont les moyens thérapeutiques ?

>>> L'abstention thérapeutique

>>> La rééducation

Elle doit être débutée le plus tôt possible. Il faut lutter contre la douleur (froid, massage), mobiliser le pied pour favoriser le drainage de l'hématome. La rééducation vise ensuite à récupérer la mobilité, à améliorer la stabilité en favorisant la reprogrammation neuromusculaire. L'appui est autorisé dès que la douleur a cédé.

>>> Le strapping

Il consiste à réaliser une contention souple de la cheville à l'aide de bandes élastiques adhésives mises en place de sorte qu'elle s'oppose au mouvement de varus de la cheville (fig. 2). Il est surtout utilisé par les sportifs de manière préventive.



FIG. 2 : Le strapping.



FIG. 3 : Une attelle amovible.

>>> Les attelles amovibles stabilisatrices de cheville

Il en existe de nombreux modèles dont certains sont adaptés à l'enfant. Elles sont amovibles avec deux montants qui bloquent les mouvements de varus-valgus de la cheville tout en permettant une flexion extension. L'élément talonnier stabilise l'attelle et n'est efficace que si l'enfant est chaussé (fig. 3).

>>> Le traitement dit fonctionnel

Il associe la rééducation et la contention par attelles.

>>> L'immobilisation plâtrée stricte

Elle permet la cicatrisation ligamentaire et évite de nouveaux traumatismes à la cheville durant sa phase de cicatrisation.

>>> La chirurgie

Elle consiste à réparer la lésion ligamentaire, le plus souvent en réalisant une plastie, plus rarement par une simple suture. Parfois, un des faisceaux a arraché un pavé osseux qu'il faut repositionner et fixer.

Un traitement pour chaque type de lésion

Le problème chez l'enfant est très différent de celui de l'adulte chez qui l'immobilisation stricte pose des problèmes d'enraidissement, d'amyotrophie et de risque thrombogène. Chez l'enfant,

ces risques n'existent pas, ce qui autorise à immobiliser de manière stricte beaucoup plus facilement. Le risque thrombogène existe par contre chez les adolescents pubères. Chez l'adulte, les méta-analyses de Kerkhoffs en 2003 ont montré la supériorité du traitement fonctionnel sur l'immobilisation stricte et sur la chirurgie, en se basant sur des critères de récupération fonctionnelle et de rapidité de la reprise des activités. Chez l'enfant et l'adolescent, nous n'avons pas retrouvé d'étude équivalente. Très logiquement, nous pouvons proposer des attitudes thérapeutiques en fonction de la lésion diagnostiquée (fig. 4). Ces propositions reposent essentiellement sur l'expérience.

Les décollements épiphysaires de l'extrémité inférieure de la fibula sont de véritables fractures et la logique est de les immobiliser de manière stricte par une botte plâtrée avec reprise de l'appui dès que la douleur a disparu. Cette immobilisation est à poursuivre trois semaines environ. Néanmoins, les attelles amovibles sont sûrement aussi efficaces, mais nécessitent une plus grande compliance.

Les entorses bénignes, c'est-à-dire celles qui ne sont plus douloureuses au bout d'une semaine, ne nécessitent pas de traitement particulier.

Les entorses moyennes et graves, comme nous l'avons vu, surviennent majoritairement plus tardivement chez des adolescents où les risques de l'immobilisation stricte rejoignent ceux rencontrés chez l'adulte. C'est pour nous l'indication de choix du traitement fonctionnel en pédiatrie. Toutefois, nous savons tous qu'un tel traitement ne sera pas toujours suivi de manière rigoureuse. L'immobilisation stricte par une botte plâtrée pour une durée de trois semaines garde alors toute sa place, en autorisant l'appui dès que la douleur a cédé. A la sortie du plâtre, chez l'adolescent, il faut proposer une période de repos sportif

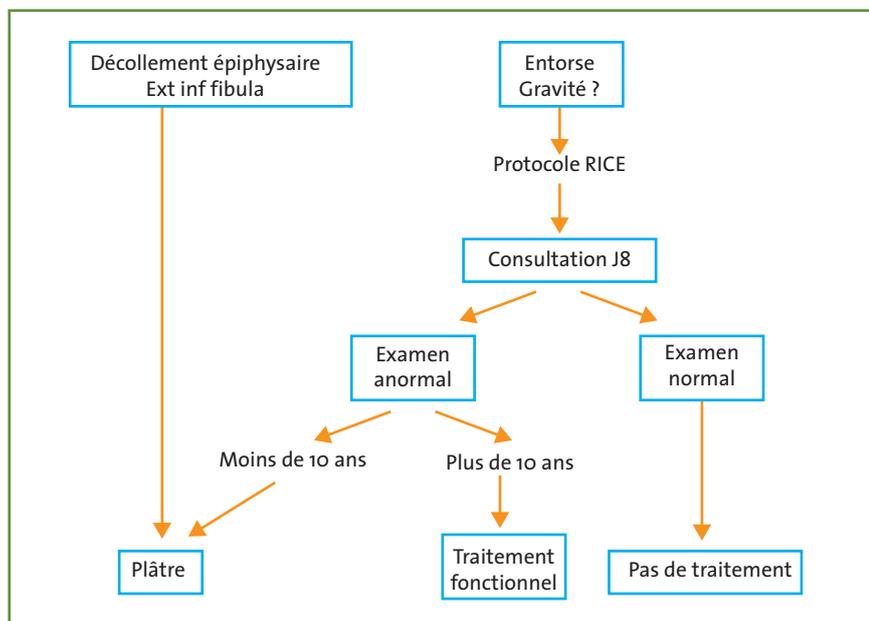


FIG. 4.

REVUES GÉNÉRALES

Orthopédie

POINTS FORTS

- ↳ Un varus forcé de cheville chez un enfant est à l'origine soit d'un décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure de la fibula, soit d'une entorse de cheville. La fréquence de l'entorse augmente avec l'âge contrairement à celle du décollement épiphysaire.
- ↳ La radiographie est normale dans les deux cas ; elle élimine d'autres types de fracture. L'échographie est capable de montrer de manière précise les lésions ligamentaires si nécessaire.
- ↳ L'immobilisation plâtrée pose moins de problème chez l'enfant que chez l'adulte ; il n'y a pas de risque de phlébite, ni d'enraidissement.
- ↳ Les décollements épiphysaires doivent être immobilisés pour une durée de trois semaines en autorisant la reprise de l'appui dès que la douleur a cédé.
- ↳ En cas de doute lors de la consultation aux urgences, le protocole de type RICE est mis en place avant de refaire un examen clinique au huitième jour.
- ↳ Les entorses graves peuvent être traitées par la méthode dite fonctionnelle associant rééducation et immobilisation par une attelle amovible limitant les mouvements de varus-valgus.

associée à de la rééducation pour pallier l'amyotrophie et les troubles neuromoteurs qui sont quasi constants au sortir du plâtre. Le but est surtout d'éviter les entorses à répétition.

Pour nous, il n'existe pas d'indication chirurgicale dans les entorses de cheville chez l'enfant et l'adolescent, sauf dans les cas exceptionnel d'arrachements osseux déplacés.

Quand autoriser la reprise des activités sportives ?

Elle est possible lorsque la cheville est totalement indolore et a récupéré l'intégralité de sa mobilité avec un bon contrôle proprioceptif, c'est-à-dire en fin de rééducation chez l'adolescent.

Globalement, un délai de six à dix semaines paraît raisonnable.

Y a-t-il des immobilisations préventives à proposer pour les activités sportives ?

Les attelles amovibles peuvent être utilisées au début de la reprise des activités sportives pour éviter le risque de récurrence, mais la gêne fonctionnelle est souvent importante. Cela a été démontré chez l'adulte et l'adolescent sportif, mais pas chez l'enfant. Les chevillières en tissu et les strapping préventifs n'ont pas d'effet mécanique de protection, mais ont un effet de tension cutanée sur la proprioception. Cet effet va durer une vingtaine de minutes.

Bibliographie

1. KERKHOFFS GM *et al.* Immobilisation and functional treatment for acute lateral ankle injuries in adults. Cochrane in the "Cochrane Library"; Chichester, UK: John Wiley and Son 2003.
2. KERKHOFFS GM *et al.* Surgical versus conservative treatment for acute injuries of the lateral ligament complex of ankle in adults. Cochrane in the "Cochrane Library"; Chichester, UK: John Wiley and Son 2003.
3. RODINEAU J, FOLTZ V, DUPOND P. L'entorse de cheville de l'enfant. *Ann Readapt Med Phys*, 2004 ; 47 : 317-323.
4. LEURET A, SOMMEREISEN JP, PHILIPPE JM *et al.* Actualisation 2004 de la conférence de Consensus : L'entorse de cheville au service d'urgence. Disponible en ligne sur le site de la SFMU.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.