

## L'entorse latérale de la cheville, ennemie du coureur à pied

Considérée comme la plus fréquente des pathologies du sport rencontrées chez l'adulte, l'entorse de cheville concerne, en grande majorité, le ligament latéral externe (LLE) ou ligament collatéral fibulaire (LCF) de la talo-crurale.

Le mécanisme de l'entorse responsable de l'atteinte du LCF se fait par un traumatisme en varus, le plus souvent en équin : il s'agit d'une inversion forcée du pied, c'est à-dire que le pied se tourne en dedans, pointe vers le bas.



Mécanisme de l'entorse en inversion pour le LCF

Ce ligament est composé de 3 faisceaux (antérieur, moyen et postérieur) permettant un classement des entorses en 3 catégories :

- L'entorse bénigne :  
Simple distension ligamentaire du faisceau antérieur du LCF.
- L'entorse de gravité moyenne :  
Rupture partielle du faisceau antérieur du LCF et de la capsule antérieure.
- L'entorse grave :  
Rupture complète du faisceau antérieur et +/- des faisceaux moyen et postérieur. Elle peut être également associée à des lésions osseuses (arrachement osseux), ostéocondrales, capsulaires, et s'étendre à d'autres articulations de l'arrière-pied...

L'entorse du LCF, quelque soit sa gravité, est caractérisée par une douleur immédiate qui peut ensuite diminuer pour reprendre quelques temps après (le lendemain). Le blessé décrit la perception d'un craquement, une sensation de déchirure ou de déboîtement.

Dans les minutes suivant le traumatisme, un hématome en forme d'oeuf de pigeon peut apparaître autour de la malléole, puis on peut noter un œdème généralisé de la cheville.



Hématome de la cheville, au niveau du ligament collatéral fibulaire

Dans la moitié des cas, l'impotence fonctionnelle est faible, puisqu'il est possible de marcher en appuyant du côté blessé.

Immédiatement après le traumatisme devra être mis en place le protocole **POLICE** : **Protection, Optimal Loading, Ice, Compression** et **Elevation**.

Par protection et optimal loading, on entend « équilibrer repos et charge mécanique durant la réhabilitation ». En effet, la réhabilitation fonctionnelle s'accompagne d'une charge mécanique nécessaire et propice à la cicatrisation. Il s'agit de trouver un équilibre optimal entre la charge et la décharge de travail durant la période de cicatrisation.

En ce qui concerne le glaçage, une vessie remplie de glaçons est très efficace, à poser 2 fois par jour durant 10 à 15 min.

Une consultation médicale et radiologique s'impose ensuite afin d'éliminer une atteinte associée du ligament collatéral médial (tibial), une luxation des tendons fibulaires (muscles péroniers), un arrachement osseux d'insertion ou une fracture.

Le traitement de ces entorses sera soit fonctionnel, soit chirurgical, soit orthopédique.

Le traitement chirurgical est proposé chez le sportif de haut niveau qui a des échéances compétitives et doit avoir un entraînement optimum. L'immobilisation post-opératoire est de 6 semaines, avec appui autorisé à partir de la 3<sup>ème</sup> semaine. Puis une rééducation musculaire, proprioceptive et fonctionnelle chez le kiné s'impose.

Le traitement orthopédique consiste en une immobilisation par botte plâtrée de 6 semaines, avec appui précoce.

Le traitement fonctionnel consiste en la mise en place d'une immobilisation à l'aide d'un strapping ou d'une attelle (Protection) permettant de poursuivre le glaçage de la cheville et d'améliorer la cicatrisation du ligament, et autorisant appui et chaussage.

La rééducation doit être précoce afin d'éviter l'amyotrophie, et de lutter contre les raideurs, les blocages ostéo-articulaires, la douleur et les troubles circulatoires. Elle doit être d'excellente qualité, comprend une phase de réharmonisation articulaire et le patient doit y participer activement, afin d'optimiser la qualité de la cicatrisation ligamentaire. Le kiné s'attachera à normaliser l'ensemble des articulations du pied et de la cheville, travaillera sur les rétinaculum (bandelettes fibreuses qui retiennent des tendons) pour diminuer les douleurs, refera le strapping en cas de besoin...



Mise en place du strapping

La reprogrammation musculaire et proprioceptive (travail sur plateaux, terrains et ballons instables) a toute sa place dès diminution des douleurs et permet de réduire les risques éventuels de récurrences et l'évolution vers l'instabilité chronique.

Le traitement fonctionnel est réservé aux entorses sans lésion osseuse, sans fracture et sans luxation des fibulaires, d'où l'importance d'un bon diagnostic avant toute manipulation.

La reprise du sport dépendra de la gravité de l'entorse, mais comme écrit plus haut, il faudra une mise en charge optimale de la cheville afin de favoriser le processus de cicatrisation. Votre kiné saura vous guider dans la reprise de la course, qu'il convient de reprendre progressivement bien entendu.

La qualité de la cicatrisation ligamentaire des faisceaux atteints est importante pour éviter les récurrences d'entorse, ne négligez donc pas votre rééducation si vous voulez courir encore longtemps!



Bibliographie :

Traumatologie du sport, 5<sup>ème</sup> édition. RG Danowski ; JC Chanussot.  
Site kinesport