

	PRISE EN CHARGE DES ENTORSES DE CHEVILLE DE L'ADULTE AU SERVICE DES URGENCES SITE D'ETAMPES	PR-ULI-URG-PEC-N°111
		Version n°1
		Créé le 01-10-2011
DIFFUSION : Urgences site d'Etampes		

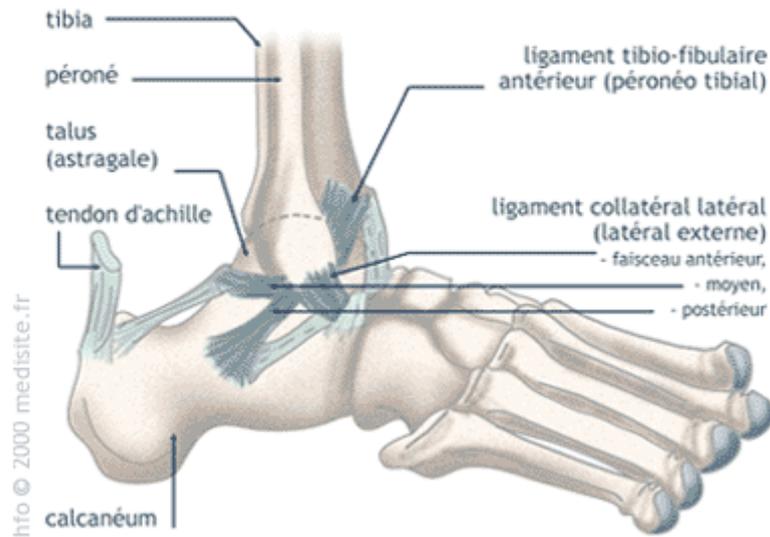
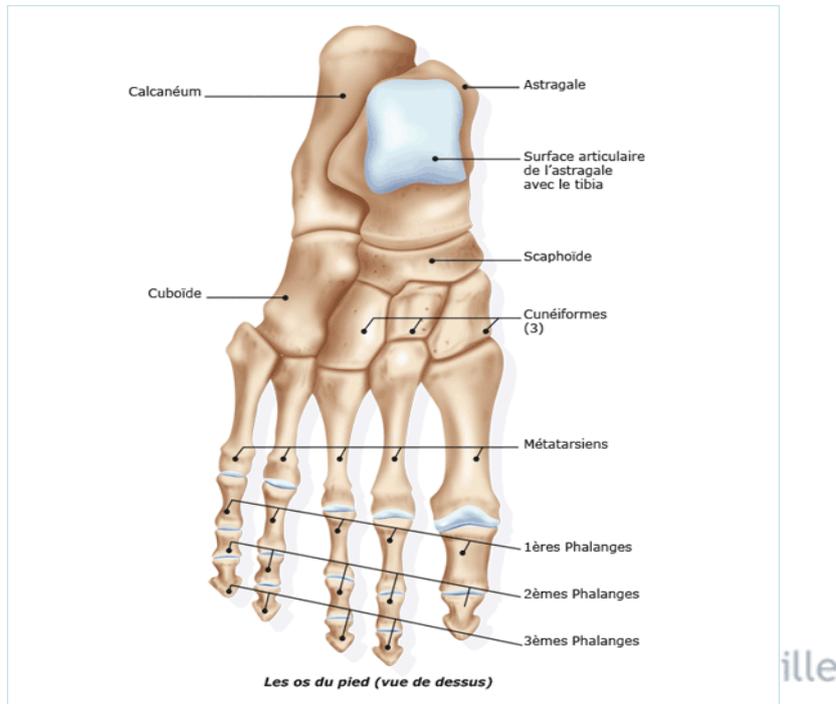
➤ **OBJ ET DEFINITIONS**

- Organiser et protocoliser la prise en charge d'une entorse de cheville de l'adulte aux urgences

➤ **DOMAINE D'APPLICATION ET RESPONSABILITES**

- Structure d'Urgence
- Tout personnel

➤ RAPPEL ANATOMIQUE



IOA :

L'IOA évalue la douleur (voir prise en charge de la douleur de l'adulte)

Il recueille les renseignements sur les antécédents du patient, l'ancienneté des lésions, les antalgiques déjà administrés.

Il applique le protocole de prise en charge de la douleur et dirige le patient en salle d'examen ou en salle d'attente selon l'intensité de la douleur.

En cas de patient emmené en salle d'attente la pratique d'un glaçage est possible.

PRISE EN CHARGE PARAMEDICALE

A l'entrée dans le box d'examen l'IDE réévalue la douleur et l'efficacité des antalgiques prescrits.

PRISE EN CHARGE MEDICALE

Evaluation du mécanisme des lésions :

Le mécanisme est décrit dans le dossier du patient. L'interrogatoire retrouve un mécanisme en varus équin, le pied s'étant couché sur son bord externe. La douleur initiale est très vive, parfois syncopale. L'impotence fonctionnelle est variable.

Examen clinique :

L'entorse est confirmée par l'examen qui retrouve une douleur pré-malléolaire externe, précise, sur le trajet du faisceau antérieur du LLE. Une douleur sur le bord antérieur de la malléole est habituellement retrouvée. Il faut palper les repères osseux qui, s'ils sont douloureux, doivent faire rechercher une fracture : bord postérieur, pointe et partie haute de la malléole externe, base du cinquième métatarsien, scaphoïde, talon.

Recherche des critères d'Ottawa :

- Patients de plus de 55 ans
- Impossibilité de faire plus de 4 pas
- Douleur de la pointe ou du bord postérieur d'une des 2 malléoles sur 6 cm
- Douleur à la palpation de la base du 5^{ème} métatarsien, ou du scaphoïde

Radiologie :

Les clichés de face et de profil recherche des signes de gravité:

- un bâillement de l'interligne talo tibial spontané par rapport au coté sain
- une lésion du talus en particulier lésion ostéochondrale du dôme du talus
- un diastasis tibio fibulaire
- un arrachement osseux de la malléole , du talus

Ils sont complétés par un cliché du pied ¾ déroulé latéral en cas de suspicion d'atteinte des os du pied en particulier à la recherche d'un arrachement osseux de la base du 5^{ème} métatarse

Recherche des signes de gravité :

Le diagnostic clinique d'une entorse grave repose sur un faisceau de signes :

- Le traumatisme a été violent, avec impression de déboîtement ou de grand déplacement. La sensation d'un craquement, surtout s'il a été audible, est très évocatrice. Par contre l'intensité de la douleur et de l'impotence fonctionnelle n'est pas parallèle à la gravité de l'entorse. Au contraire après la douleur initiale fulgurante commune à tous les types d'entorse, on observe dans les entorses graves une sédation presque totale pendant quelques heures, suivie d'une douleur permanente peu intense (classique évolution en Centre Hospitalier Sud Essonne

trois temps), n'entraînant qu'une impotence modérée. Au maximum, une sensation d'instabilité indolore à l'appui est très évocatrice (mais elle est très rarement retrouvée).

- Il existe un volumineux hématome sous-cutané pré- et sous-malléolaire en oeuf de pigeon, apparu très précocement dans les minutes qui suivent le traumatisme. Quelques heures après, la région péri-malléolaire est gonflée par un œdème plus étendu, la diffusion de l'hématome jusqu'à la peau étant responsable de son aspect ecchymotique. Seuls le volume de l'œdème et l'étendue de l'ecchymose sont ici des signes de gravité.

- La mise en évidence d'une laxité tibio-astragalienne externe à l'examen clinique dynamique est certes un signe de gravité, mais elle est aléatoire et difficile à réaliser du fait du caractère douloureux de la manœuvre. Elle ne saurait être recherchée avant que les radiographies standards de la cheville n'aient confirmé l'absence de fracture associée.

Thérapeutique :

La thérapeutique dépend du type de lésion constatée :

Pour une entorse simple :

- protocole GREC :
 - o Glaçage 4 à 5 fois par jour (sac de glace et serviette interposée)
 - o Repos par décharge et béquille
 - o Elévation du membre de 10 cm par rapport au plan du lit
 - o Compression par orthèse ou pansement alcoolisé
- Antalgiques
 - o Paracétamol
 - o Paracétamol codéine
 - o AINS (avec prudence chez le sujet âgé)
- immobilisation par orthèse fonctionnelle 21 jours (en fonction de la gravité)
- suivi par médecin traitant, qui décidera de la nécessité de procéder à une rééducation

Pour une entorse grave

- Antalgiques
 - o Paracétamol
 - o Paracétamol codéine
 - o AINS (avec prudence chez le sujet âgé)
- immobilisation par botte-orthèse ou par plâtre 45 jours
- HBPM préventive
- suivi par consultation orthopédiste à j5

Diagnostics différentiels :

ENTORSES DE CHOPART :

L'articulation de Chopart met en relation les os du tarse postérieur, c'est à dire le calcaneus et le talus, avec respectivement le cuboïde et l'os naviculaire.

Les entorses de l'articulation de Chopart sont le plus souvent bénignes car le jeu de l'articulation est limité et les ligaments très forts. C'est pourquoi on observe plus souvent des fractures et non des entorses..

- Entorse calcanéocuboïdienne
- Entorse médio-tarsienne complète

ENTORSES DE LISFRANC :

L'articulation de Lisfranc unit le tarse antérieur (les 3 cunéiformes et le cuboïde) aux métatarsiens. Le mécanisme est un mouvement forcé de l'avant-pied par rapport à l'arrière pied.

CHEZ L'ENFANT

Le problème est sensiblement différent du fait de la présence du cartilage de conjugaison actif. Il s'agit le plus souvent d'un décollement épiphysaire de la malléole externe et non d'une entorse. Ce décollement nécessite la mise en place d'une botte plâtrée de 21 jours et une consultation spécialisée à l'issue de l'immobilisation

➤ SOURCES DOCUMENTAIRES

- 5eme Conférence de Consensus en médecine d'urgence SFMU 1995
- Actualisation de la 5eme Conférence de Consensus en médecine d'urgence SFMU 2004

➤ MOTS CLEFS - CLASSEMENT

Entorse cheville

DATE DE REVISION PREVUE : 01/10/2013

REDIGE PAR :	APPROUVE PAR :	VALIDE PAR :
Dr Jean Marc PONE Responsable des Urgences Antoine PARENTY DES MG LE 01-10-2011	C. TARDY, Directrice Qualité-GDR S. OLLIVIER, Responsable Qualité Octobre 2011	Dr Ali ALAOUI DRAY : Praticien Urgences Dr SAAD Georges : Praticien chirurgie orthopédique Octobre 2011