



L'ENTORSE DE CHEVILLE AU SERVICE D'URGENCES

5ème Conférence de Consensus de la SFUM

Ve conférence de consensus en médecine d'urgence de la Société Francophone d'Urgences Médicales

Roanne, 28 avril 1995

Texte court

Jury du consensus : Président : B. Vermeulen (Genève), N. Bertini (Bourg-en-Bresse), C. Faure (Lyon), G. Bleichner (Argenteuil), D. Frits-chy (Genève), A. Cannamela (Roanne), Ph. Jean (Marseille), G. Curvale (Marseille), B. Senez (Eyzin-Pinet), J. Kopferschmitt (Strasbourg).

Bureau du consensus de la SFUM : B. Bedock (Annonay), R. Ducluzeau (Lyon), B. Blettery (Dijon), G. Fournier (Lyon), A. Davido (Paris), G. Tempelhoff (Roanne), L. Divorne (Genève).

Cette conférence a été organisée et s'est déroulée conformément aux règles méthodologiques préconisées par l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM) qui lui a attribué son label de qualité.

Les conclusions et recommandations présentées dans ce document ont été rédigées par le Jury de la Conférence, en toute indépendance. Leur teneur n'engage en aucune manière la responsabilité de l'AN-DEM.

QUESTIONS

- ?? Quelle doit être l'approche clinique : anamnèse et examen chez un patient venant pour une " foulure " de cheville ?
- ?? Quelle est la place de la radiologie conventionnelle ou plus spécialisée devant une entorse de cheville ?
- ?? Quelles sont les attitudes et les indications thérapeutiques : traitement conservateur, traitement opératoire, réadaptation, pour une entorse de cheville ?
- ?? Quelle est la place des traitements médicamenteux locaux et généraux pour une entorse de cheville ?
- ?? Quels sont les informations et les conseils de surveillance à donner aux patients ?
- ?? L'impact socio-économique des entorses de cheville peut-il être évalué ?

Quelle doit être l'approche clinique : anamnèse et examen chez un patient venant pour une " foulure " de cheville ?

La prise en charge au SAU d'un traumatisme fermé récent de la cheville impose d'évoquer les principaux diagnostics différentiels ou lésions pouvant s'associer à l'entorse.

Une démarche clinique rigoureuse, utilisant les règles d'Ottawa, s'impose avant toute demande de radiographie.

Dans un premier temps, elle évalue cliniquement la possibilité d'une fracture ou d'une lésion associée (*Fig. 1*). Cette évaluation justifie la réalisation d'une radiographie de la cheville ou du cou de pied lorsque le patient présente l'une des caractéristiques suivantes :

- Âge inférieur à 18 ans ou supérieur à 55 ans.

- Présence d'une douleur locale de la cheville ou du tarse associée à :

* soit une incapacité de se mettre en appui immédiatement et au SAU (impossibilité de faire 4 pas).

* soit une sensibilité à la palpation osseuse du bord postérieur ou de la pointe de l'une des deux malléoles.

* soit une sensibilité à la palpation osseuse du scaphoïde ou de la base du 5^e métatarsien.

Le second temps clinique autorise, en l'absence de signes de complication ou de lésions associées, la recherche d'une rupture ligamentaire par des tests cliniques dynamiques.

A l'issue de l'examen, les indications thérapeutiques initiales peuvent être posées mais en aucun cas définitivement figées. De ce fait, seul un nouvel examen pratiqué entre le 3^e et le 5^e jour permettra d'apprécier la sévérité effective et de réajuster éventuellement le choix thérapeutique initial.

Quelle est la place de la radiologie conventionnelle ou plus spécialisée devant une entorse de cheville ?

Si des examens radiologiques apparaissent nécessaires (choix orientés par les règles d'Ottawa), ils se limiteront à des clichés simples dans le cadre de l'urgence.

Une lésion de la cheville est suspectée

Les 2 incidences les plus pertinentes sont :

- cheville de profil,

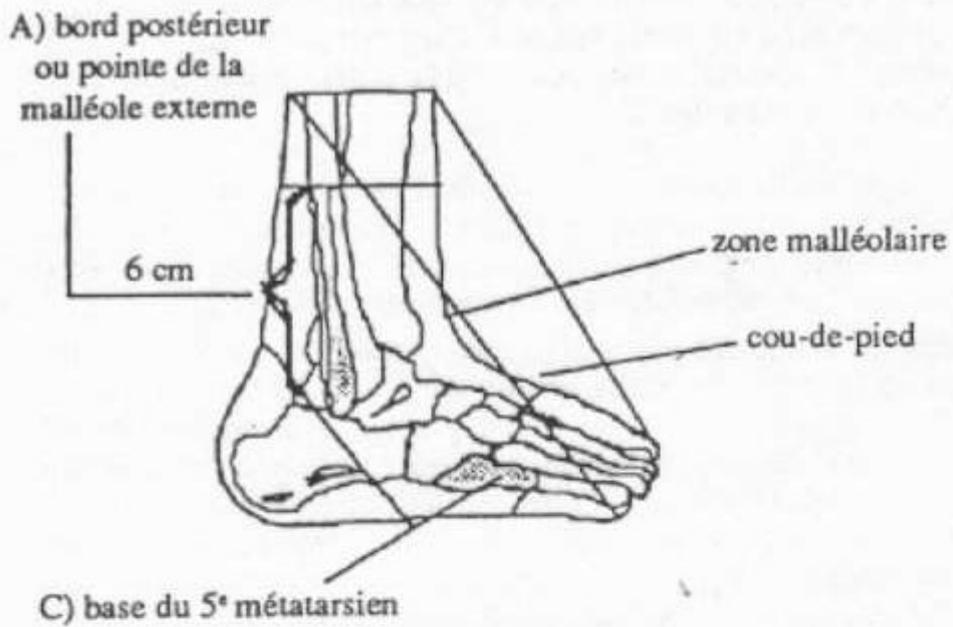
- cheville de face en rotation interne de 20°.

Une lésion du pied est suspectée

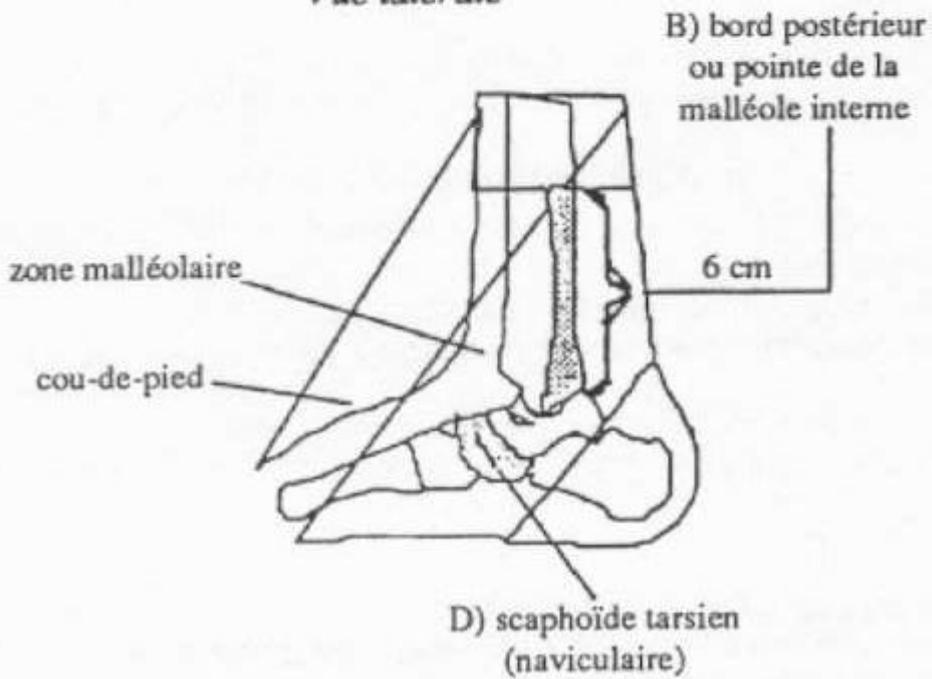
Des incidences du pied seront prescrites :

- radiographies du pied,

- en précisant le siège de la douleur suspecte.



Vue latérale



Vue médiane

Fig. 1. — Selon Stiell *et al.* JAMA 1994 ; 271 (11) et avec l'autorisation de l'éditeur.

Les autres investigations (clichés dynamiques, scanner, arthrographie, IRM) ne sont pas validées dans le contexte de l'urgence et sont du ressort du spécialiste en seconde intention.

Quelles sont les attitudes et les indications thérapeutiques : traitement conservateur, traitement opératoire, réadaptation, pour une entorse de cheville ?

Le traitement de l'entorse est actuellement essentiellement fonctionnel, privilégiant la mobilité et l'appui précoce. Les modalités du traitement doivent s'adapter en pratique non seulement à l'intensité mais aussi à l'évolution de la symptomatologie fonctionnelle.

Le traitement initial est essentiellement symptomatique, privilégiant la lutte contre l'oedème et l'inflammation par le repos, la surélévation du membre, les pansements compressifs, le glaçage et les traitements médicamenteux.

Si l'intensité des douleurs initiales est importante, une immobilisation plus stricte peut être réalisée par orthèse ou attelle postérieure. A l'inverse, si les douleurs sont peu importantes, l'appui peut être autorisé avec un simple bandage.

Après 3 à 5 jours de ce traitement, et quelle qu'ait été la symptomatologie initiale, le blessé doit être revu. Plusieurs situations sont alors possibles :

- douleur et impotence ont quasiment disparu : le traitement peut être interrompu ;
- l'impotence reste modérée, plus ou moins compatible avec la marche : celle-ci est alors autorisée, protégée par un bandage, un *strapping*, voire une orthèse.
- l'impotence reste importante, compromettant la marche :
 - ?? * il faut traquer cliniquement et radiologiquement une éventuelle lésion initiale passée inaperçue,
 - ?? * il faut discuter d'une immobilisation de 5 à 6 semaines :
 - o les 3 premières par plâtre, résine ou orthèse avec appui partiel protégé par béquilles,
 - o les 2 à 3 semaines suivantes par une orthèse stabilisatrice ou un *strapping* avec appui plus complet et rééducation fonctionnelle progressive.

Quelle est la place des traitements médicamenteux locaux et généraux pour une entorse de cheville ?

Le but des traitements médicamenteux d'une entorse de cheville vise à diminuer la douleur et l'impotence fonctionnelle, à réduire l'oedème et éviter les complications liées à l'immobilisation.

Les traitements locaux

Les topiques à base d'anti-inflammatoires peuvent être actifs sur l'oedème et la douleur. Ils constituent une alternative aux traitements médicamenteux généraux et sont compatibles avec le port d'une attelle amovible.

Les traitements généraux

Le traitement de la douleur de l'entorse de cheville est une priorité. Le paracétamol seul ou en association doit être employé en première intention. La supériorité des anti-inflammatoires par rapport aux antalgiques n'est pas prouvée. Leur utilisation doit donc être mesurée et tenir compte des effets indésirables.

La prévention de la thrombose veineuse profonde n'est pas nécessaire lorsque l'entorse de cheville est traitée fonctionnellement, sauf en cas d'antécédent de thrombose veineuse ou de facteur de risque. En revanche, elle est recommandée en cas d'immobilisation stricte.

Quels sont les informations et les conseils de surveillance à donner aux patients ?

Il est essentiel d'informer le patient dès son arrivée et tout au long de sa prise en charge de la nature des lésions diagnostiquées et de l'option thérapeutique choisie par l'équipe soignante. Il doit quitter le Service d'Accueil et d'Urgence avec une feuille-conseils remise par le médecin ou l'infirmière. Un exemple de document se trouve dans le texte long de la conférence de consensus sur l'entorse de cheville.

L'impact socio-économique des entorses de cheville peut-il être évalué ?

Les données de la littérature n'en permettent actuellement pas l'évaluation.

Les futures études cliniques concernant l'entorse de cheville devront nécessairement prendre en compte les données socio-économiques.