



L'ENTORSE LATÉRALE DE CHEVILLE

Vous avez déjà eu une entorse à la cheville et vous avez l'impression de n'avoir jamais récupéré complètement? Le texte suivant vous permettra de mieux comprendre certains aspects de la condition.

L'entorse latérale de la cheville est la blessure la plus fréquente aux membres inférieurs et serait responsable de 16% à 40% de l'ensemble des blessures sportives (1). Une enquête sur le sujet montre que 70% de la population générale rapportent avoir subi une entorse latérale de cheville au cours de leur vie (2). Ce type de blessure engendre un fardeau socioéconomique considérable en lien avec le diagnostic, les tests spécialisés, la prise en charge et l'absentéisme au travail. Au Royaume-Uni, entre 3% et 5% des consultations à l'urgence y seraient associées (3). L'entorse latérale doit être suspectée lorsque le pied est brusquement renversé dans un mouvement d'inversion (vers l'intérieur) et de rotation interne. Les changements de direction rapides, les déplacements latéraux ainsi que les terrains accidentés rendent les sportifs plus à risque. Les ligaments de la face latérale de la cheville (voir figure 1) sont alors soumis à un étirement excessif, ce qui provoque l'entorse.



Figure 1: ligaments latéraux de la cheville
Adapté du manuel Merk

Les signes et symptômes fréquemment observés à la cheville sont, selon le grade (1) :

- Une douleur localisée à la face externe
- Une ecchymose sur la face externe
- Une enflure
- Une limitation des amplitudes de mouvement
- Une instabilité à la palpation en comparaison avec le côté sain (Grade 3)

Les études sur le sujet rapportent qu'une personne sur quatre sera limitée dans ses activités professionnelles et récréatives dans les sept jours suivant la blessure (4). En l'absence de complication telle qu'une fracture ou une rupture d'un ligament, la condition peut sembler autorésolutive et mener à un retour à l'activité hâtif sans guérison complète. Ceci étant dit, parmi les blessures aux membres inférieurs, l'entorse latérale de la cheville est celle qui engendre le plus de récurrences. Dans l'année suivant le traumatisme, le risque de subir une nouvelle entorse est doublé (2). Ce taux important de récurrences serait associé au fait que la proprioception, provenant de la cheville, serait altérée après une lésion des

Saviez-vous que?

Les sports suivants présentent la plus grande incidence d'entorse latérale de la cheville:

- Basketball (41,1%)
- Football américain (9,3%)
- Soccer (7,9%)



Halabchi et al. 2020



structures neurosensorielles du ligament. Les patients présenteront alors des difficultés à exécuter certains tests d'équilibre (5).

LE RÔLE DU CHIROPRACTICIEN

L'examen initial comprend un retour sur le mécanisme de blessure ainsi qu'un examen clinique dans le but de déterminer l'indication ou non de démarrer des soins conservateurs. Par exemple, des radiographies peuvent être demandées si une fracture est suspectée.

Dans les heures suivant le traumatisme, des modalités d'intervention passive telles que l'application de glace, l'élévation de la jambe symptomatique ainsi que l'application d'un bandage élastique de compression peuvent diminuer la douleur et permettre de contrôler la réaction inflammatoire. Pour favoriser la guérison, il est recommandé de mobiliser la cheville le plus tôt possible selon la tolérance du patient. Ainsi, votre chiropraticien élaborera avec vous un protocole de réadaptation et vous proposera des activités adaptées aux différentes phases de guérison. Par exemple, le vélo stationnaire favorise le mouvement et la circulation sanguine tout en étant sécuritaire. Progressivement, des étirements et des exercices de mobilités actives vous permettront d'obtenir des amplitudes de mouvement complètes et de progresser vers une réadaptation spécifique à votre activité. Les sportifs seront amenés à exécuter des mouvements complexes et parfois en déséquilibre dans l'objectif d'optimiser la proprioception. Considérant qu'un premier épisode d'entorse augmente considérablement le risque d'en subir une seconde dans l'année suivante, il peut être préférable d'opter pour le port d'une orthèse semi-rigide ou d'un *taping* en prévention malgré l'absence de symptômes.

RÉFÉRENCES

1. Halabchi F, Hassabi M. Acute ankle sprain in athletes: Clinical aspects and algorithmic approach. *World J Orthop.* 2020;11(12):534-58.
2. Delahunt E, Bleakley CM, Bossard DS, Caulfield BM, Docherty CL, Doherty C, et al. Clinical assessment of acute lateral ankle sprain injuries (ROAST): 2019 consensus statement and recommendations of the International Ankle Consortium. *Br J Sports Med.* 2018;52(20):1304-10.
3. Gribble PA, Bleakley CM, Caulfield BM, Docherty CL, Fourchet F, Fong DT, et al. Evidence review for the 2016 International Ankle Consortium consensus statement on the prevalence, impact and long-term consequences of lateral ankle sprains. *Br J Sports Med.* 2016;50(24):1496-505.
4. Doherty C, Delahunt E, Caulfield B, Hertel J, Ryan J, Bleakley C. The incidence and prevalence of ankle sprain injury: a systematic review and meta-analysis of prospective epidemiological studies. *Sports Med.* 2014;44(1):123-40.
5. Munn J, Sullivan SJ, Schneiders AG. Evidence of sensorimotor deficits in functional ankle instability: a systematic review with meta-analysis. *J Sci Med Sport.* 2010;13(1):2-12.