

L'entorse de cheville de l'enfant et de l'adolescent



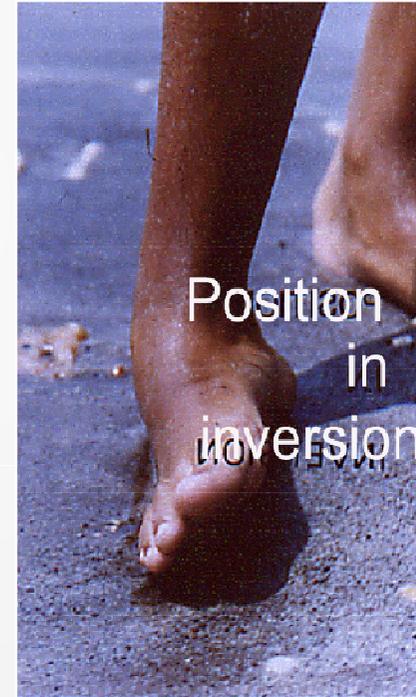
GR O U P E
H O S P I T A L I E R
D U H A V R E

Dr Romain Pecquery
Service de chirurgie Pédiatrique
Groupe Hospitalier du Havre

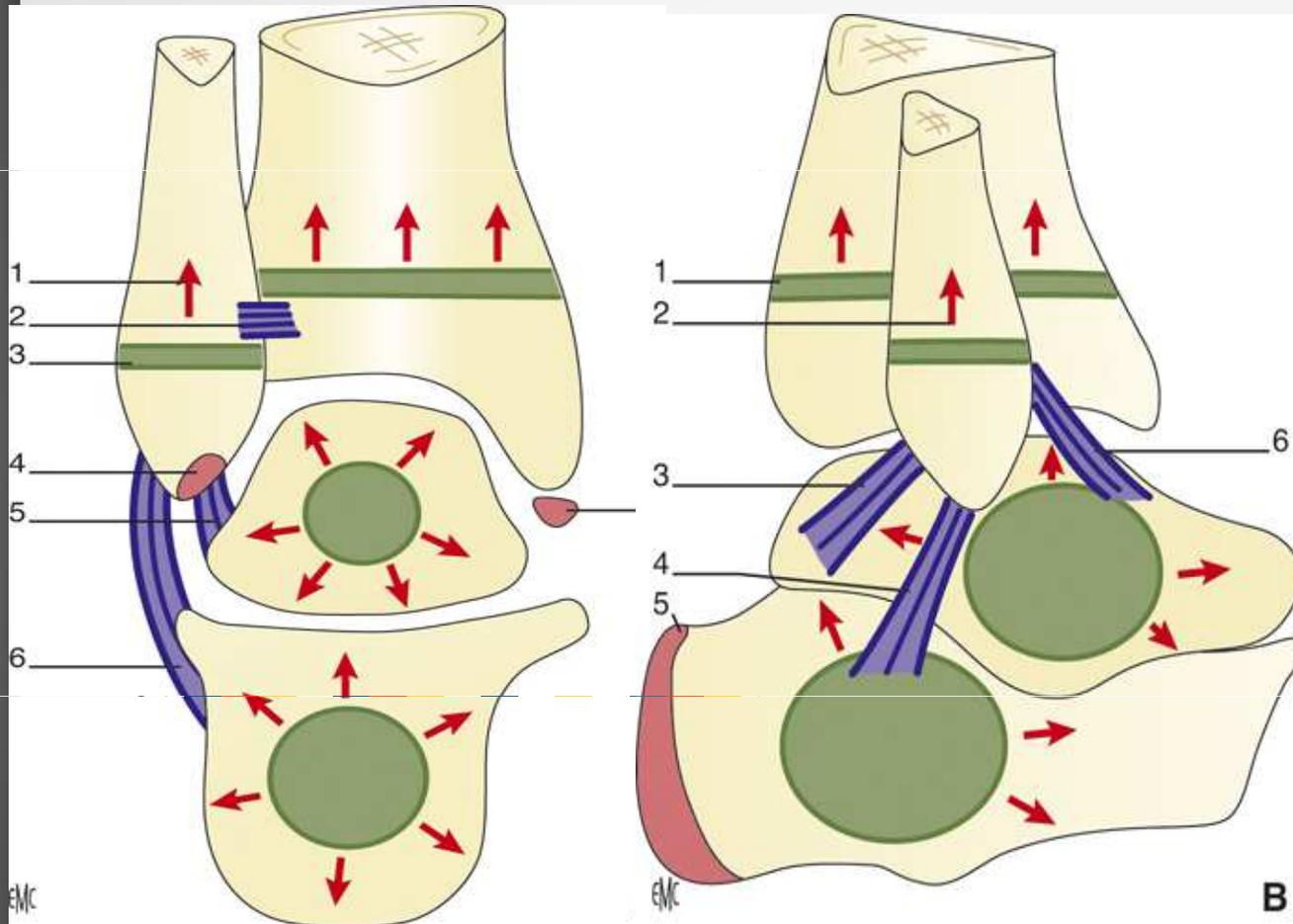
Introduction

- Entorse de cheville = premier motif de consultation dans les services d'urgences pédiatriques
- Incidence en augmentation (sport, puberté, surpoids...)
- Prise en charge non codifiée pour l'enfant

Entorse = atteinte latérale++



Quelques rappels

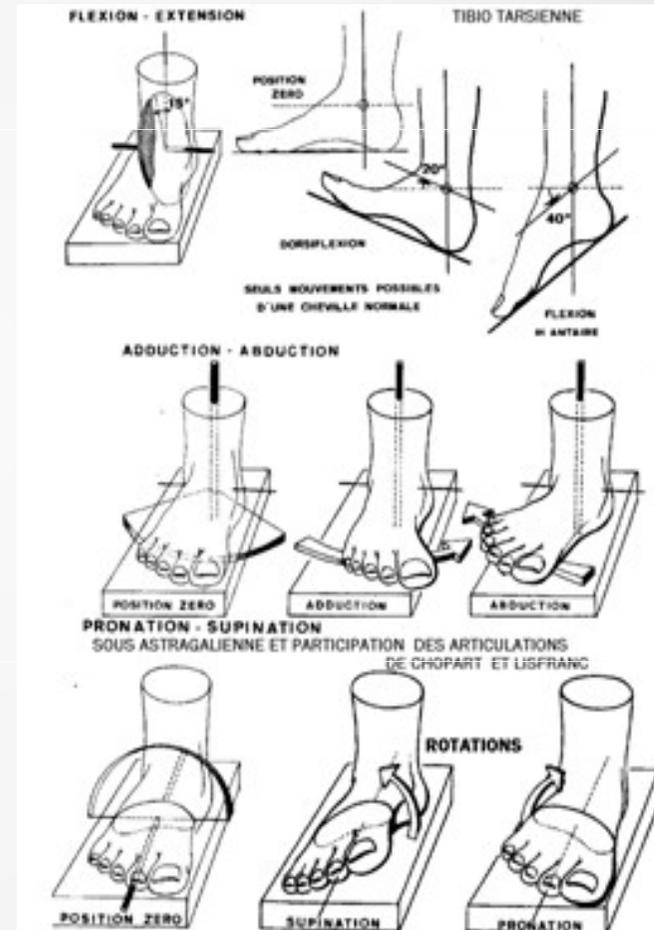


**Entorse = atteinte LLE
(faisceau antérieur ou
moyen)**

**!!!Points d'ossification
secondaire possible
(piège)**

Physiopathologie

- Traumatisme en inversion forcée (flexion plantaire, adduction et supination) +++
- Enfant jeune : ligament plus résistant que cartilage de croissance donc décollement épiphysaire le plus souvent
- Atteinte ligamentaire avec désinsertion osseuse chez l'enfant non pubère. Si enfant mature, rupture en plein corps comme chez l'adulte.

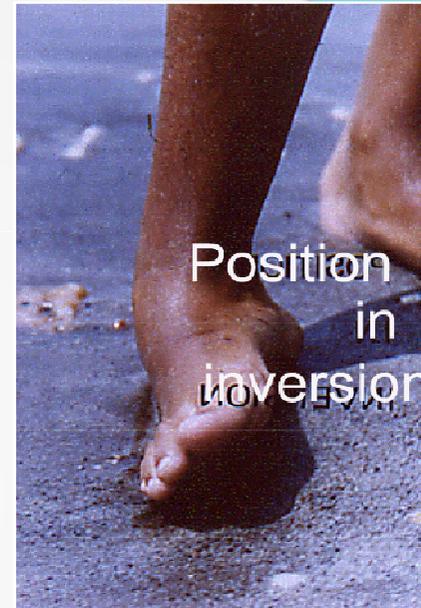


CAT en urgence

- Lieu calme, prise en charge rapide.
- Caractériser le traumatisme : heure, circonstances, notion de varus ou inversion forcée, craquement.
- Soulager +++ (calme, antalgique, attelle, cryothérapie)

Examen clinique

- Difficile (douleur et appréhension)
- Impotence fonctionnelle totale = signe de gravité
- Recherche hématome (en regard de la fibula quand DE ou sous fibulaire si entorse)
- Testing dynamique impossible en phase aigüe



Bilan complémentaire

Critères d'Ottawa

- ▶ patient de plus de 55 ans
- ▶ impossibilité de prendre appui et de faire 4 pas
- ▶ douleur à la palpation de la base du 5^e métatarsien ou du scaphoïde
- ▶ douleur à la palpation du bord postérieur sur 6 cm ou de la pointe des malléoles



- Initialement pas de critère d'Ottawa en dessous de 18 ans. Toujours pas de consensus chez l'enfant.
- 100 % de sensibilité chez l'adulte et 95 % chez l'enfant pour fracture avec fragment de 3mm ou plus.
- Pas de sensibilité pour les fractures non ou très peu déplacées.
- Donc en pratique radio souvent indispensable chez l'enfant à squelette non mature.

Radiographies

- Toujours au moins face et profil.
- Éliminer une fracture (attention Tillaux et triplane non déplacée).
- Parties molles



Principes thérapeutiques de l'entorse aiguë de cheville de l'enfant et de l'adolescent

- Pas de consensus
- Population très hétérogène (de 0 à 16 ans) donc la prise en charge ne peut pas être univoque.
- **Le traitement de l'entorse aiguë de cheville est dans tous les cas orthopédique**

Chez l'enfant non pubère

- L'immobilisation rigide doit être la règle.
- Botte plâtrée cheville à 90° pendant 3 semaines, sans appui.
- Possibilité de mettre une attelle pour 8 jours avant plâtrage mais inutile le plus souvent en pratique.
- Aucune kinésithérapie nécessaire.
- Reprise des sports 3 semaines après déplâtrage.

Chez l'enfant à squelette mature

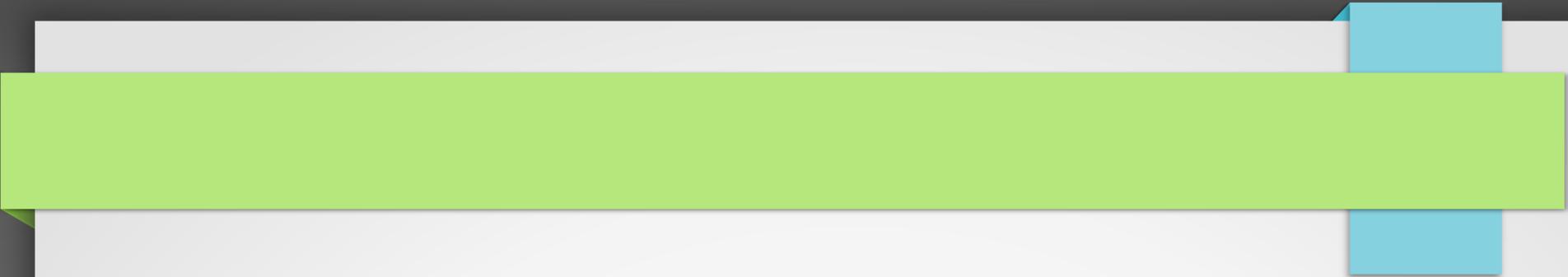
- D'un point de vue orthopédique ce n'est plus un enfant donc traitement identique à celui de l'adulte.
- Immobilisation rigide = mauvais résultat
- Traitement fonctionnel+++

Le traitement fonctionnel de l'entorse de cheville

- Phase initiale (env. 7j) : RICE (Rest, Ice, Compression, Elevation). Appui à reprendre le plus tôt possible avec attelle (pas strapping)
- Phase de rééducation précoce (env. 21j) : récupération des amplitudes, déroulement du pas et proprioception. Reprise possible des sports **AVEC ATTELLE** à partir de la 3^e semaine.
- Phase de rééducation tardive (env. 1 mois) : intensification de la kiné (renfort musculaire, endurance) et augmentation des activités sportives (**AVEC ATTELLE**)
- Phase finale (2 mois après le traumatisme) : arrêt progressif de l'attelle, reprise complète des sports. L'attelle est définitivement retirée à l'arrêt de la rééducation.

Et chez le jeune pubère ???

- Pas de consensus
- Importance de la compliance (port long de l'attelle, rééducation intensive...).
- Intérêt des immobilisations souples (Soft-Cast) avec appui pendant 3 semaines avant rééducation pendant 3 semaines minimum et arrêt de sport 6 semaines.
- Dans tous les cas, une immobilisation rigide est meilleure qu'un traitement fonctionnel mal fait (!!! anticoagulation chez le pubère!!!)



Les entorses récidivantes de cheville

Les entorses récidivantes de cheville

- Ne sont pas toujours la conséquence du traumatisme initiale.
- Peuvent avoir des causes très variées.
- Ne sont pas toujours des entorses.
- Doivent plutôt être appelées instabilité de cheville

L'instabilité latérale chronique de cheville

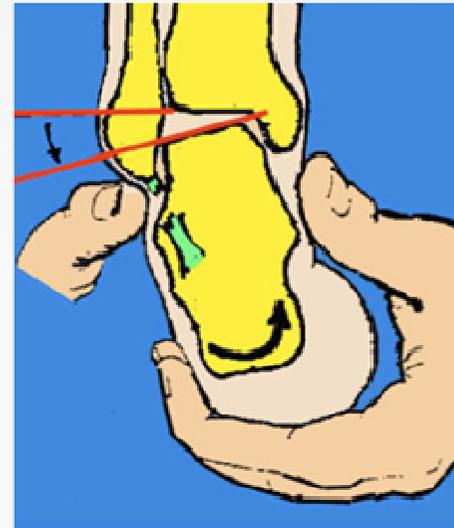
- Instabilité latérale chronique. Touche 20 à 40 % des adultes après un épisode aigu.
- !!! instabilité (subjective) # laxité (objectivée à l'examen clinique).
- L'instabilité peut être provoquée par de nombreuses pathologies sans aucune laxité
- Nécessité d'un examen complet pour retrouver la cause de l'instabilité.

L'instabilité latérale chronique de cheville

- Interrogatoire = moment essentiel.
- Combien d'« entorses » ? Durée de la douleur ?
Traitement ?
- Faire préciser au patient : Douleur ? Gêne ? Cheville qui « lâche » ? Pratique du sport ?

L'instabilité latérale chronique de cheville

- Examen clinique : comparatif +++
- Recherche laxité dans plan frontal en varus forcé (ligt calcanéofibulaire) et tiroir antérieur (ligt talo-fibulaire ant)
- Nécessité d'un examen clinique complet (hyperlaxité, anomalie neuro...).
- La radiographie reste l'examen le plus utile pour rechercher une cause.



Instabilité fonctionnelle

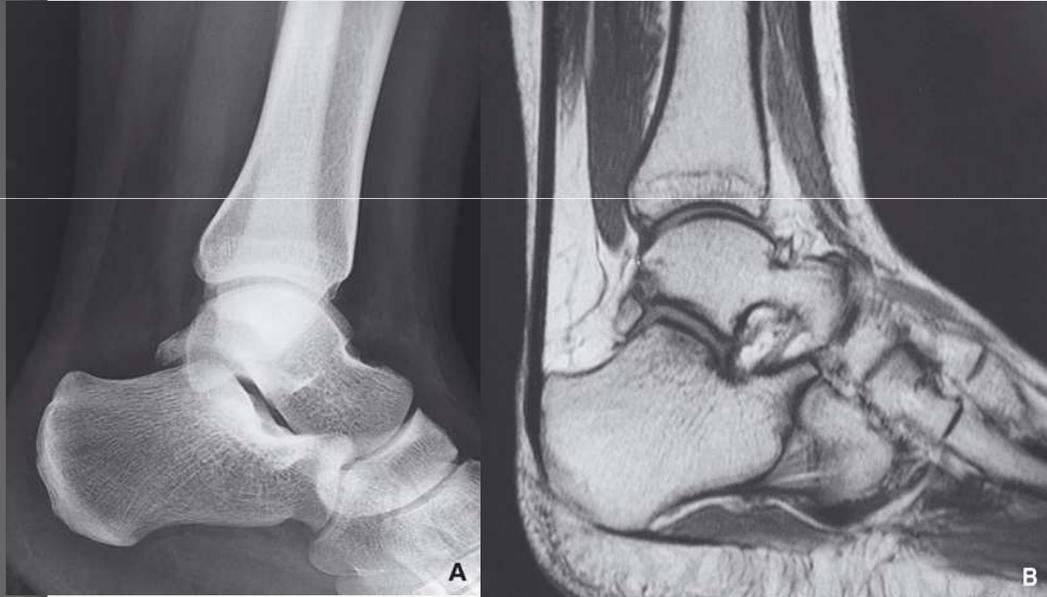
- 10 à 30 % des patients adultes après un épisode aigu.
- Gêne et sensation d'instabilité au sport
- Pas de laxité à l'examen clinique
- = trouble proprioceptif à traiter par rééducation longue + orthèse

Instabilité par laxité

- Jusque 10 % des patients adultes après un épisode aigu.
- = Arrachement ligamentaire
- Asymétrie au testing en varus forcé ou tiroir antérieur.
- Clichés dynamiques comparatifs (pas de valeur référence chez l'enfant).
- Traitement chirurgical possible même chez le petit si laxité importante



Autres causes d'instabilité de cheville suite à un épisode aigu



- Syndrome du conflit postérieur entre talus et malléole postérieure du tibia . Douleur postérieure, mécanique, déclenchée à la mise en flexion plantaire.



- Lésion ostéocondrale du dôme talien qui touche préférentiellement enfant et adolescent. Plusieurs stades évolutifs, importance de la stabilité du fragment

Autres causes d'instabilité de cheville

- Les « fausses entorses » : hyperlaxité constitutionnelle (coude, main...), neuropathie périphérique ou centrale, rétraction du tendon d'Achille, trouble statiques du pied sans anomalie de la cheville.
- Synostoses ou TLAP : anomalie de développement de l'arrière pied provoquant un pied plat, rigide, souvent douloureux. Diagnostic radiographique (3/4+++) ou scanner



Conclusion

- L'entorse de cheville est très (trop) courante chez l'enfant et l'adolescent avec une incidence en augmentation.
- Pas de prise en charge dogmatique ni consensuelle, nécessité de prendre en compte plusieurs composantes (âge, maturité squelettique, compliance...) pour éviter l'instabilité.
- L'instabilité de cheville a des causes multiples et non toujours liées au traumatisme initial donc nécessité d'un diagnostic précis pour un traitement adapté.
- Le meilleur traitement reste la prévention avec suivi des patients pratiquant un sport à risque (échauffement+++, orthèse ou strapping...)

Merci de votre attention