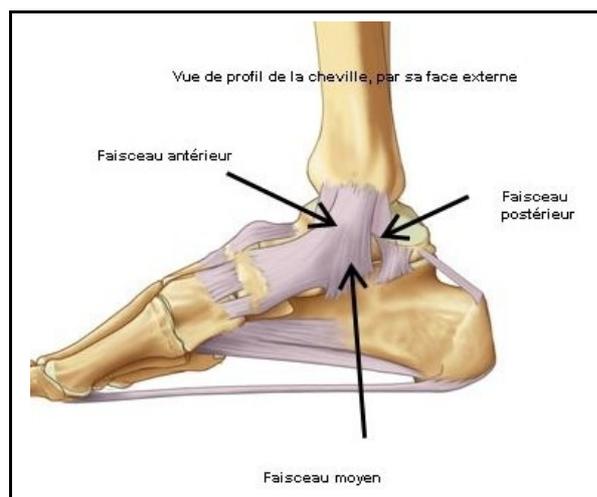


Entorse de la cheville

Une **entorse de la cheville** est l'étirement plus ou moins important d'un ou plusieurs des ligaments de l'articulation de la cheville. La définition médicale d'une entorse est une lésion ligamentaire consécutive à un traumatisme par mécanisme indirect sans perte des rapports normaux entre les surfaces articulaires, contrairement à ce qui se passe lors d'une luxation.

Au niveau de la cheville, c'est l'entorse du **ligament collatéral latéral**, ou **ligament latéral externe** ou **LLE** qui est de loin la plus fréquente (90 % des cas). Elle survient lors d'un mouvement d'inversion forcée du pied, c'est-à-dire lorsque le pied « part » vers l'intérieur alors que le reste de la jambe « part » vers l'extérieur.

L'entorse externe de la cheville touche dans la très grande majorité des cas le faisceau antérieur (ou talo-fibulaire antérieur). Néanmoins, on classe l'entorse en différents stades en fonction de la gravité et de la localisation de la lésion.

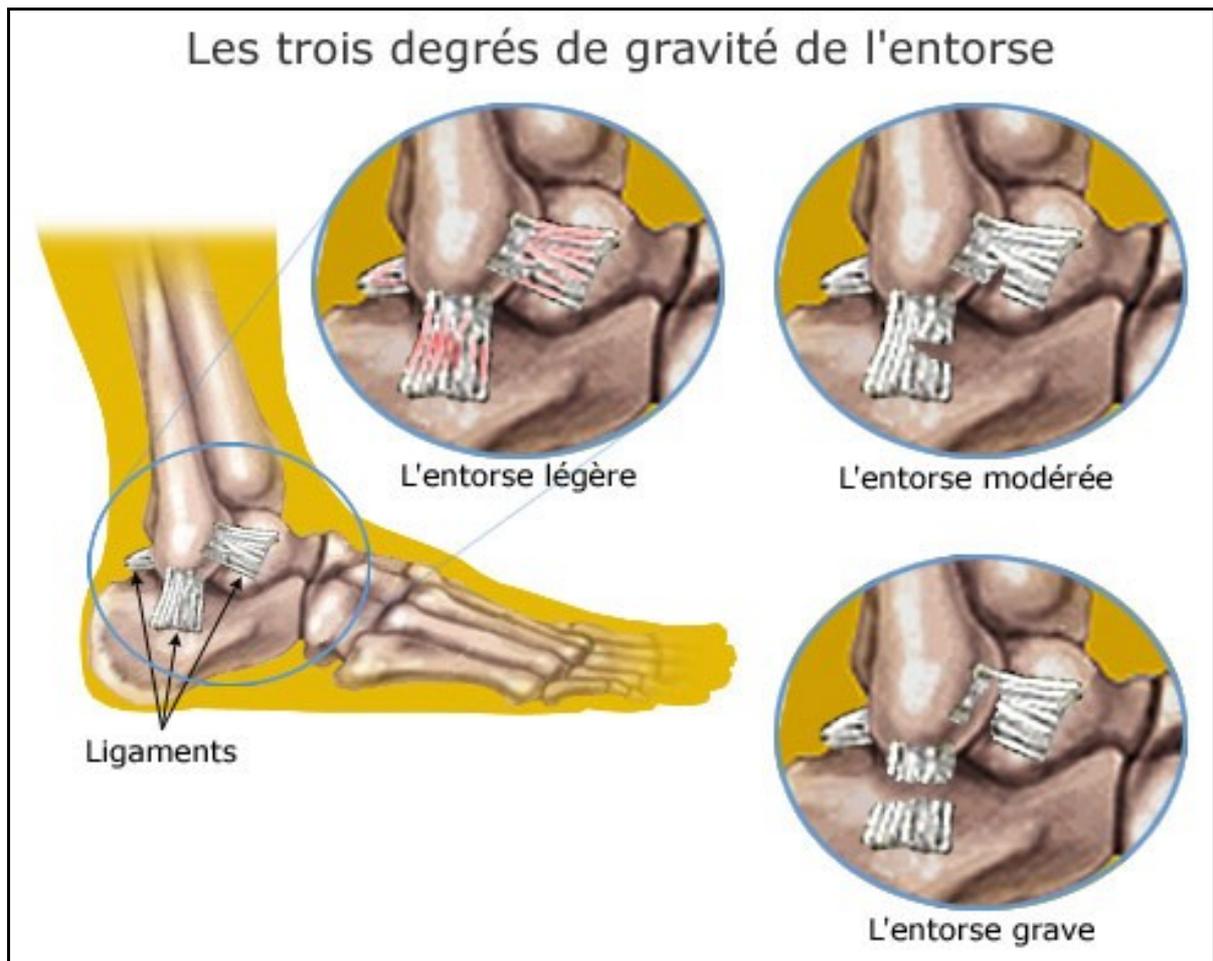


Le **stade 1** correspond à un étirement (avec rupture fibrillaire) du ligament talo-fibulaire antérieur sans atteinte capsulaire. Cette lésion va entraîner une réaction vasomotrice ainsi qu'une diminution de la proprioception liés à l'atteinte des récepteurs qui sont présents dans le ligament.

Le **stade 2** se définit comme une rupture fasciculaire du ligament associé à une atteinte de la capsule articulaire

Le **stade 3** correspond à une rupture d'un ou de plusieurs faisceaux du ligament latéral externe (le talo-fibulaire antérieur, le fibulo-calcanéen ou le talo-fibulaire postérieur).

La guérison va dépendre du type de lésion et la durée de la rééducation sera d'autant plus longue que le stade de l'entorse est important.



Le traitement d'urgence de l'entorse de cheville doit se faire le plus tôt possible. Il correspond au protocole **G-R-E-C**

Glaçage-Repos-Élévation-Compression

Le but est de protéger la lésion, de limiter l'apparition d'un [œdème](#) et de bloquer les phénomènes douloureux. Pour la suite des soins, il convient d'évaluer l'importance de la lésion (travail du médecin) et de décider si une radiographie est nécessaire. Pour cela il existe un certain nombre de critères (critères d'Ottawa) qui permettent d'orienter la prise en charge. Le traitement médicamenteux qui suit une entorse de cheville est souvent composé d'[anti-inflammatoire](#) ou [AINS](#) et d'antalgique.

Concernant la rééducation, il paraît impératif de suivre des séances de [kinésithérapie](#) (entre 6 et 12 suivant la gravité de la lésion) afin d'optimiser la guérison. L'objectif du kinésithérapeute étant dans un premier temps de diminuer les douleurs et l'œdème et de récupérer les [amplitudes articulaires](#). Pour cela, le kinésithérapeute dispose de techniques variées ([cryothérapie](#), [électrothérapie](#), physiothérapie, [massage](#), utilisation de [bande compressive](#), mobilisation active/passive, mobilisations spécifiques...).

Le second temps la rééducation de l'entorse de cheville passe par un renforcement des muscles stabilisateurs de la cheville (muscles court et long fibulaires principalement) et un

travail [proprioceptif](#). Ce second temps est appelé reprogrammation neuro-musculaire, il doit être réalisé avec des outils validés scientifiquement (Myolux) qui permettent de replacer la cheville dans des conditions qui se rapprochent le plus possible de la situation traumatique (marche, changements de direction, réception de saut...). Le but de cette reprogrammation neuro-musculaire est d'entraîner le cerveau à se protéger des entorses de cheville soit par des phénomènes de pro-activation (anticipation de la contraction musculaire) soit par des phénomènes de délestage (on évite l'entorse en « diminuant » le poids du corps appliqué sur la cheville). Ce phénomène est permis par une triple flexion hanche, genou et cheville lors du mouvement d'inversion en charge.

Ce sont ces deux stratégies qui permettent d'éviter les entorses et ainsi de prévenir les récurrences à la suite d'une rééducation.

La reprise des activités sportives dépendra de la **gravité** de l'entorse et du **type de sport** du patient, pour cela il faut prendre en compte plusieurs critères : pas de douleur, pas d'œdème, mobilité complète, marche dans les escaliers en pente, course ... De manière générale on considère que pour une entorse de stade 1 ou 2 il faut **21 jours** d'arrêt d'activité et de protection de la lésion. Pour une entorse de stade 3 il faut compter **45 jours** de mise au repos.