



LA CLINIQUE DU PIED

CENTRE DE MÉDECINE ET CHIRURGIE
DU PIED ET DE LA CHEVILLE

www.clinique-pied.ch

De l'entorse à l'instabilité chronique de cheville

Dr Patrick Vienne
Spécialiste FMH
Chirurgie orthopédique &
Traumatologie de l'appareil locomoteur
Chirurgie pied & cheville
Hirlanden Clinique Bois-Cerf
CH – 1006 Lausanne

Epidémiologie

Lésion la plus fréquente en traumatologie

> 30'000 entorses de cheville/jour USA

Coûts: 4 Mia USD/an

80% entorses en inversion/supination

Jusqu'à 75% récurrences/instabilité



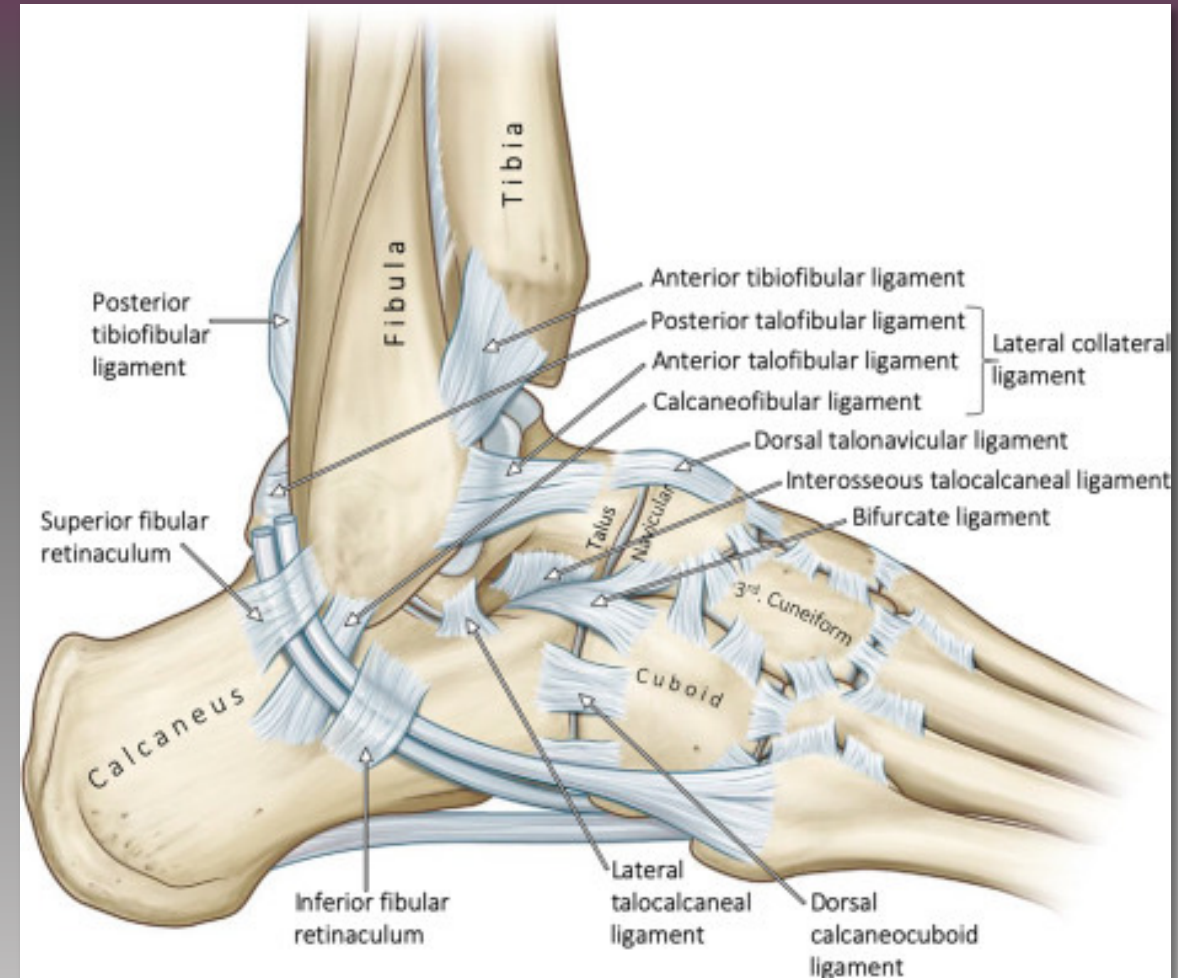
Cavazos GJ Jr., Harkless LB. The epidemiology, evaluation, and assessment of lateral ankle sprains in athletes.

J Sports Med Ther. 2021; 6: 008-017

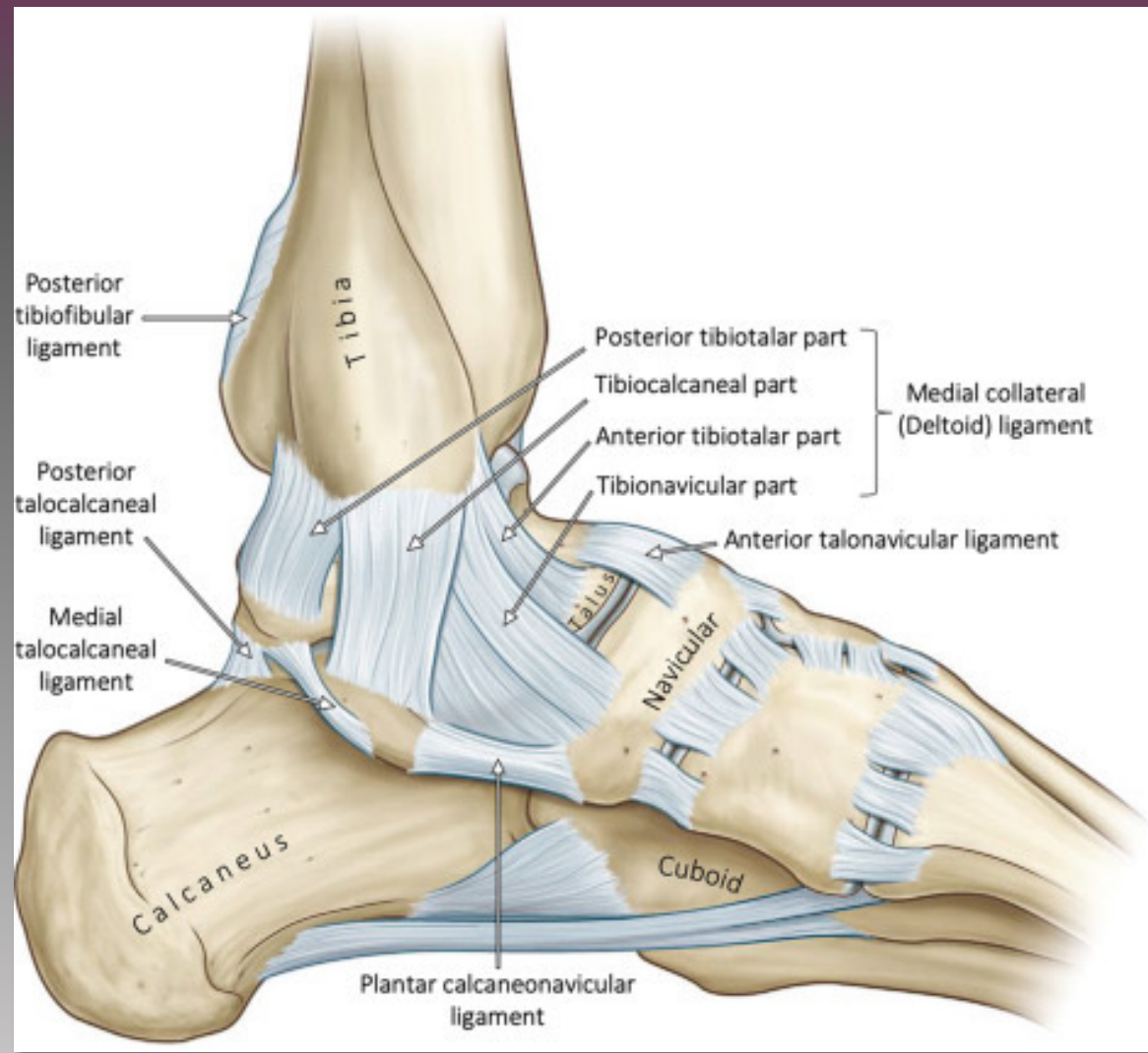
Anatomie

Ligament talo-fibulaire antérieur (LTFA)

Ligament calcanéofibulaire (LCF)

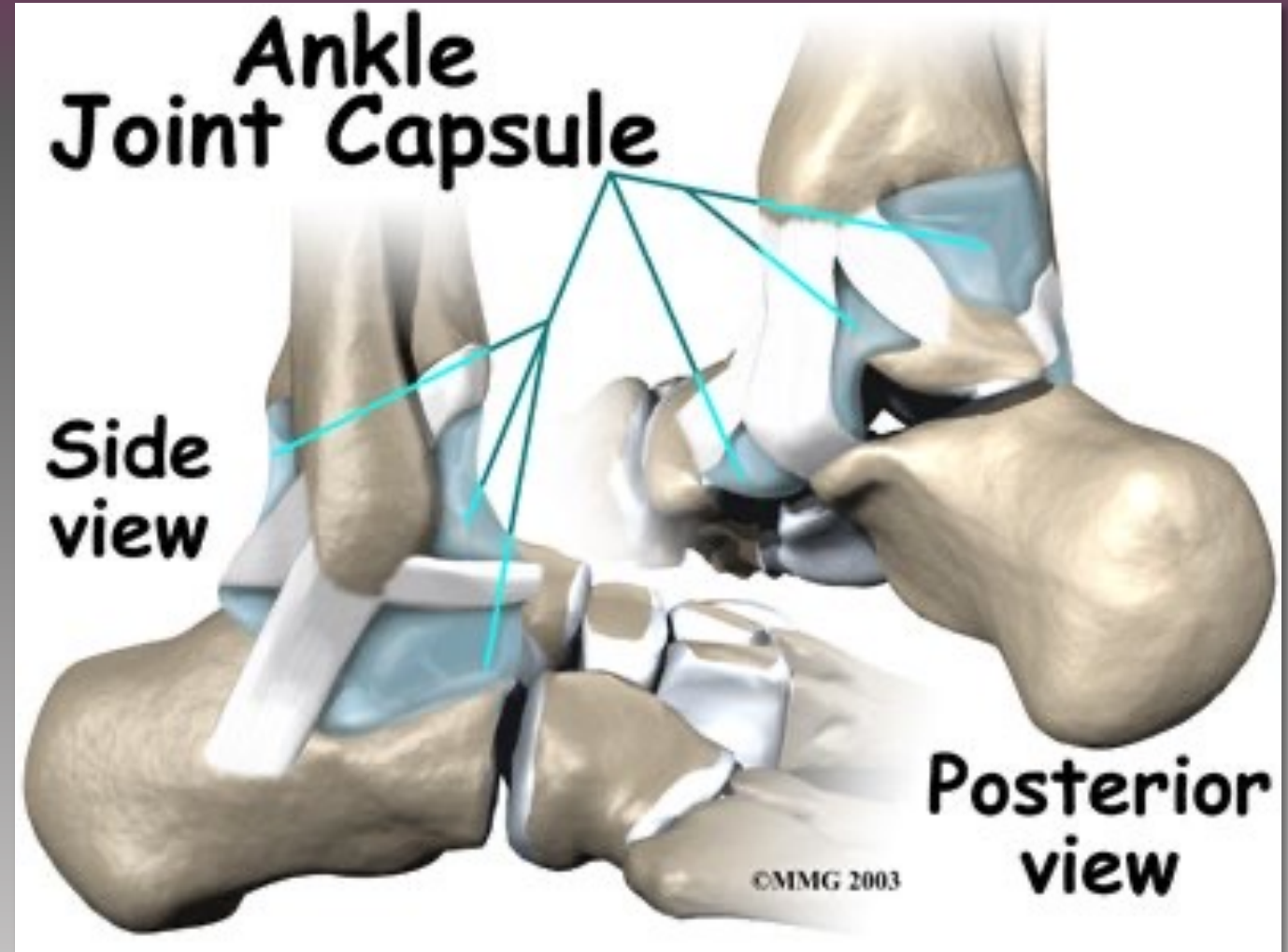


Ligament deltoïde



Anatomie

Capsule articulaire



Mécanisme lésionnel

Inversion + flexion plantaire/supination

Lig talo-fib ant

Lig calcanééo-fibulaire

Lig talo-fib post

(Malléole ext, cuboïde, base 5e méta)

(Retinaculum péroniers)



Mécanisme lésionnel

Eversion/pronation

Lig deltoïde

Lig tibio-astragalien post

Lig tibio-calcaneén

Lig tibio-naviculaire

Lig tibio-astragalien ant

(#-arrachement malléole interne)

(lésion synchondrose os naviculaire)



Mécanisme lésionnel

Rotation externe + extension dorsale

Entorse «haute» de la cheville

Syndesmose tibio-fibulaire

Ligament deltoïde

péroné

Weber C

Maisonneuve



Mécanisme lésionnel

Rotation externe + extension dorsale

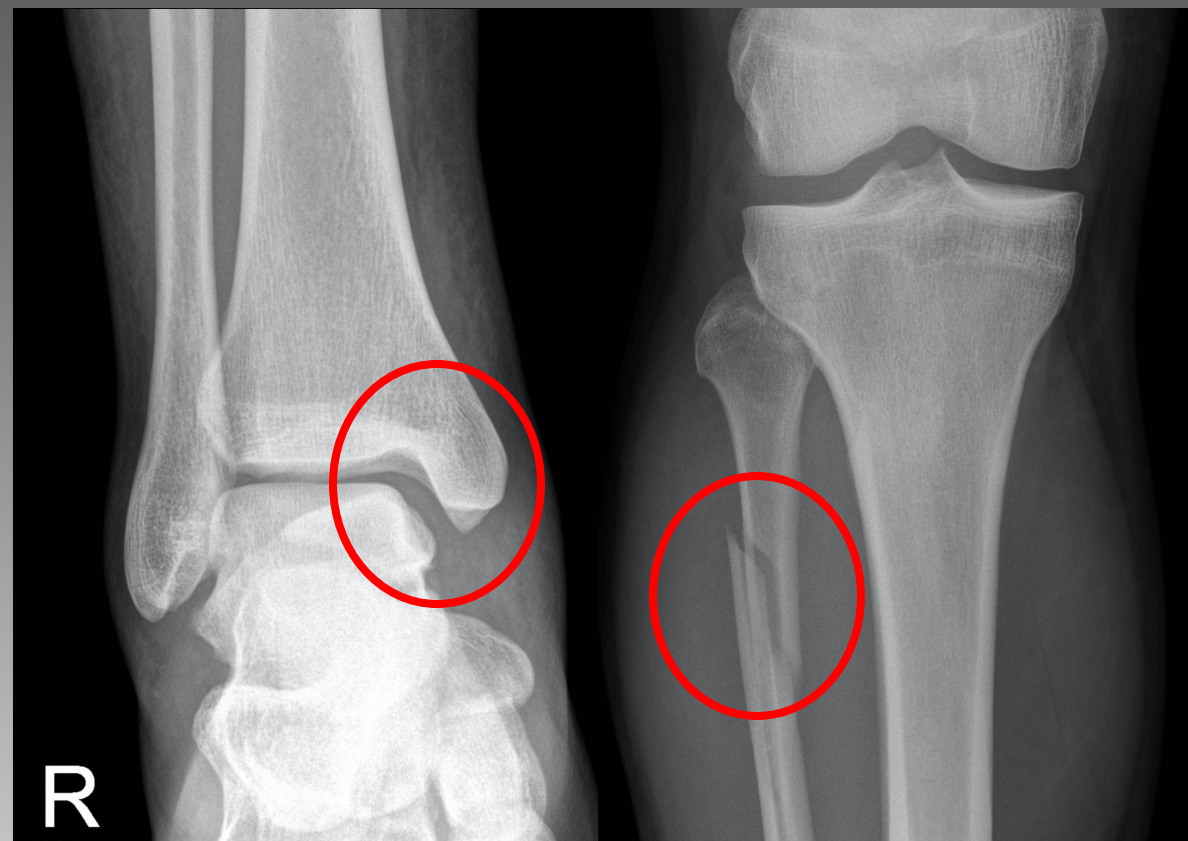
Syndesmose tibio-fibulaire

Ligament deltoïde

péroné

Weber C

Maisonneuve



Classification

Grade I entorse bénigne

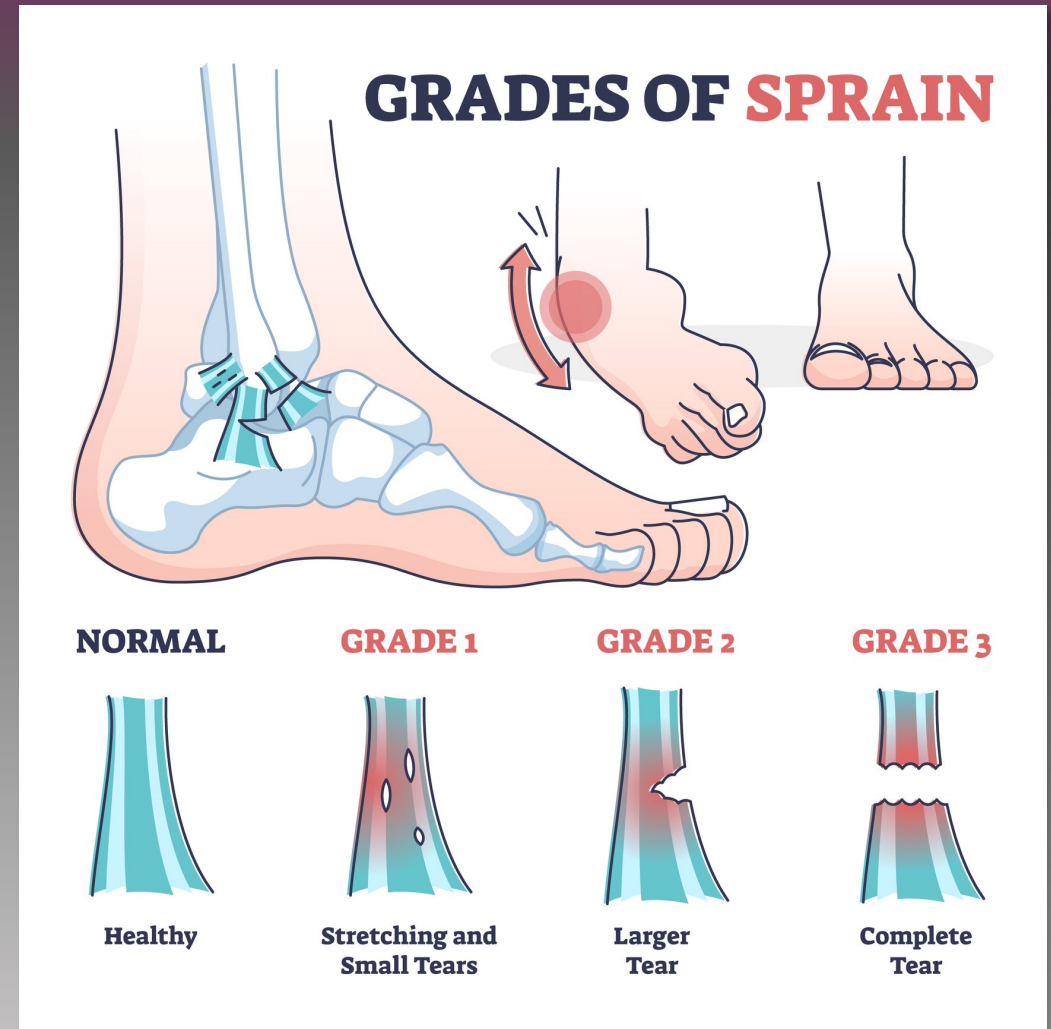
Étirement des fibres

Grade II entorse modérée

Déchirure partielle

Grade III entorse sévère

Déchirure totale/Désinsertion



Examen clinique

Etablir le degré, nature et localisation des lésions

Observation

(tuméfaction, hématome, déformation, axe arrière-pied, morphologie)

Palpation

(localisation de la douleur, oedème, base 5e métatarse)

Testing

(ligaments, syndesmose, amplitude articulaire, fct musculaire)

Examen clinique

Observation

(tuméfaction, hématome, déformation, axe arrière-pied, morphologie)



Examen clinique

Palpation (Syndesmose, base 5e métatarse)



Examen clinique

Testing

(ligaments, syndesmose, amplitude articulaire, fct musculaire)



Examen radiologique

RX cheville face (si possible en charge)

RX pied face/profil en charge + oblique

Exclure une lésion osseuse associée

Recherche instabilité syndesmose



Examen radiologique

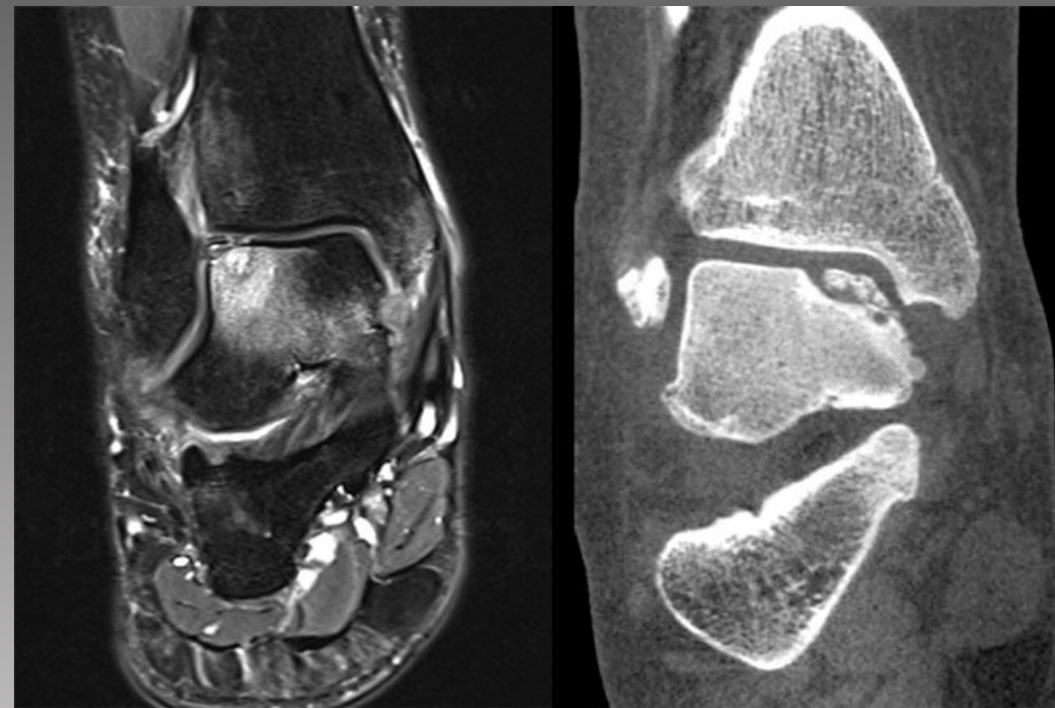
IRM / Echographie (entorse sévère, sportif professionnel)

Bilan précis des lésions ligamentaires

Exclure oedème osseux

Recherche lésion ostéochondrale

Syndesmose



Traitement

Conservateur

PRICE

(Protection, Repos, Ice(glace), Compression, Elévation)

Phase initiale (4-7 jours)



Traitement

Conservateur

Contention souple (jusqu'à 6 sem)

Attelle type Air Cast Sport / Taping

Protection contre nouvelle entorse



Traitement

Conservateur

Physiothérapie

Anti-inflammatoire local

Taping

Proprioception

Renforcement musculaire



Instabilité chronique de la cheville

Incidence

Chez env. 20% des patients après 1 entorse de cheville

Doherty C, Bleakley C, Hertel J, Caulfield B, Ryan J, Delahunt E. Recovery from a first-time lateral ankle sprain and the predictors of chronic ankle instability: a prospective cohort analysis. *The American journal of sports medicine*. 2016 Apr;44(4):995-1003.

Instabilité chronique de la cheville

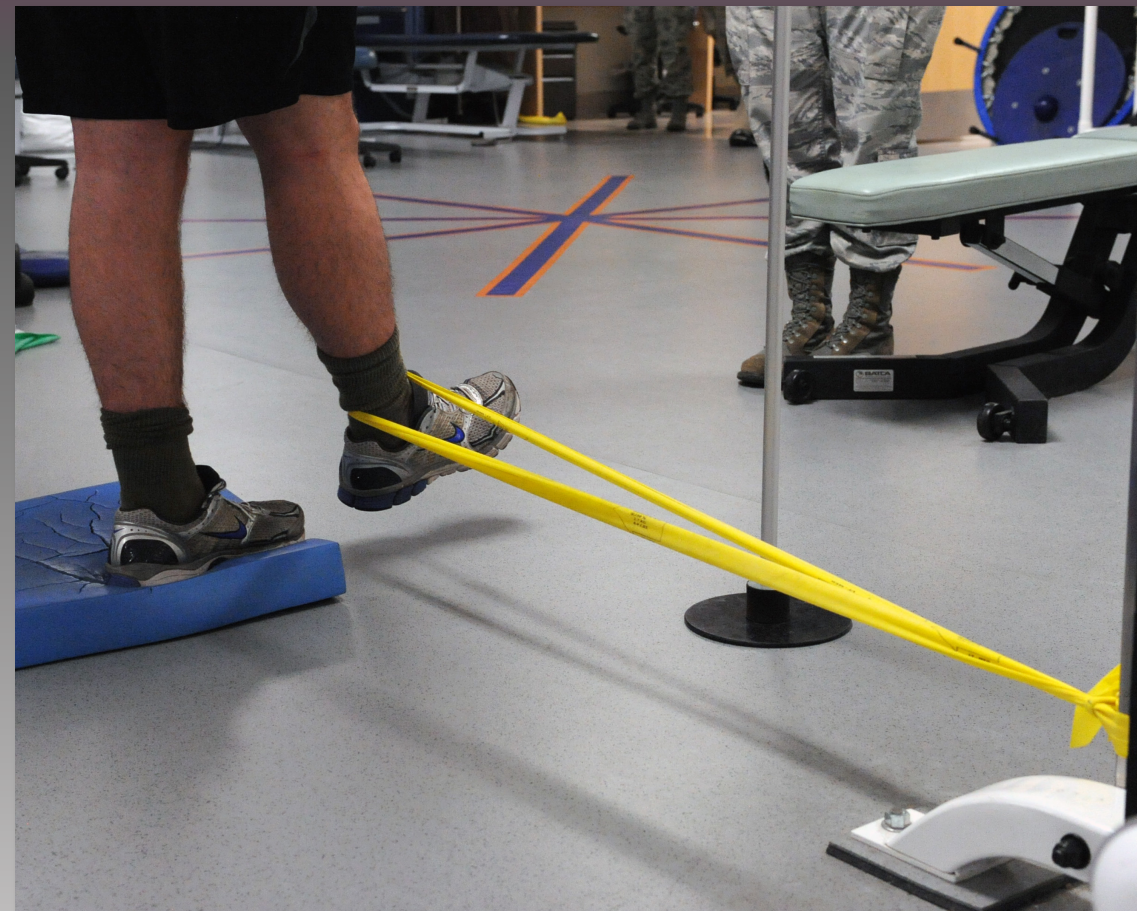
Causes (fonctionnelles)

Déficit de réhabilitation

Manque de force

Manque de proprioception

Contrôle neuro-
musculaire déficient



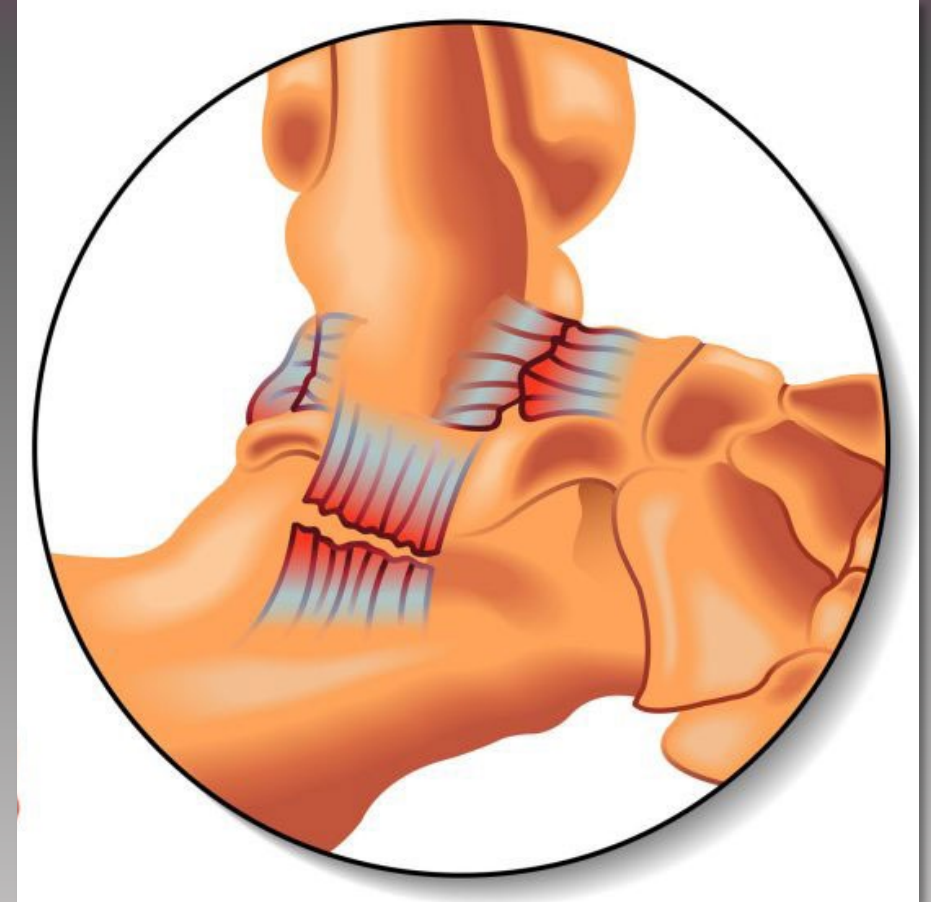
Instabilité chronique de la cheville

Causes (anatomiques)

Insuffisance ligamentaire

Entorse grade II à III

Désinsertion ligament à son point d'attache



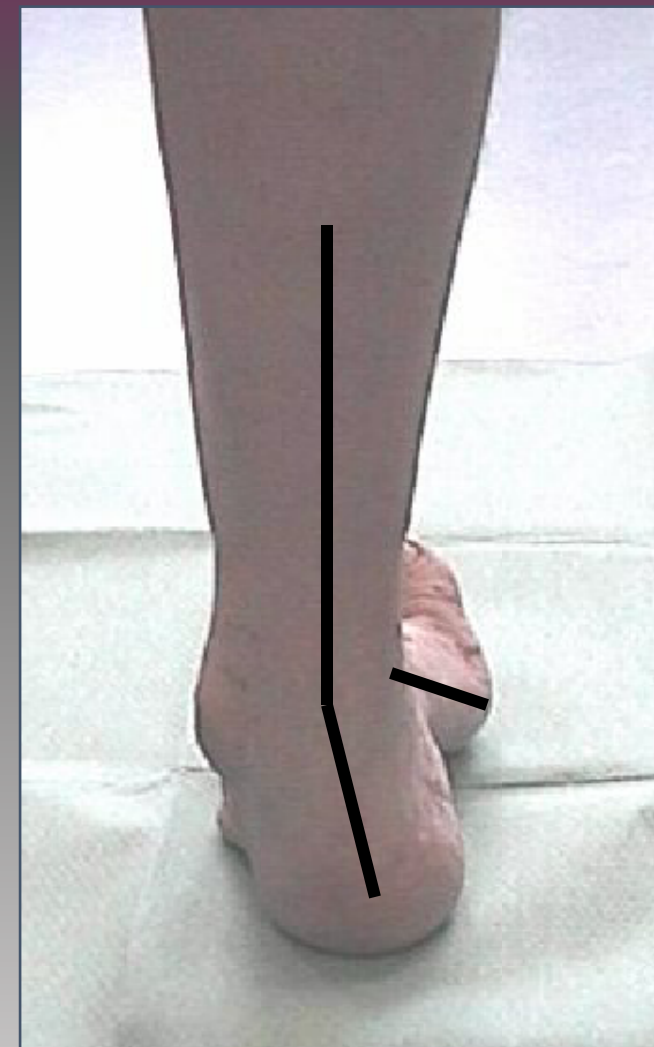
Instabilité chronique de la cheville

Facteurs de risques

Pied creux constitutionnel

Varus fixe de l'arrière-pied

Plantarisation 1er rayon



Instabilité chronique de la cheville

Facteurs de risques

Hyperactivité long péronier

(Hyperlaxité généralisée)



Instabilité chronique de la cheville

Symptômes

Sentiment subjectif d'instabilité

Appréhension

Douleurs chroniques



Instabilité chronique de la cheville

Douleurs chroniques

Irritation capsule articulaire

Lésion tendons péroniers

Irritation nerfs périphériques

Lésion ostéochondrale

Insuffisance syndesmose



Instabilité chronique de la cheville

Examen clinique

Identifier toutes les causes de l'instabilité



Instabilité chronique de la cheville

Bilan radiologique

Rx cheville F en charge/pied F/P en charge



Instabilité chronique de la cheville

Bilan radiologique

IRM



Instabilité chronique de la cheville

Bilan radiologique

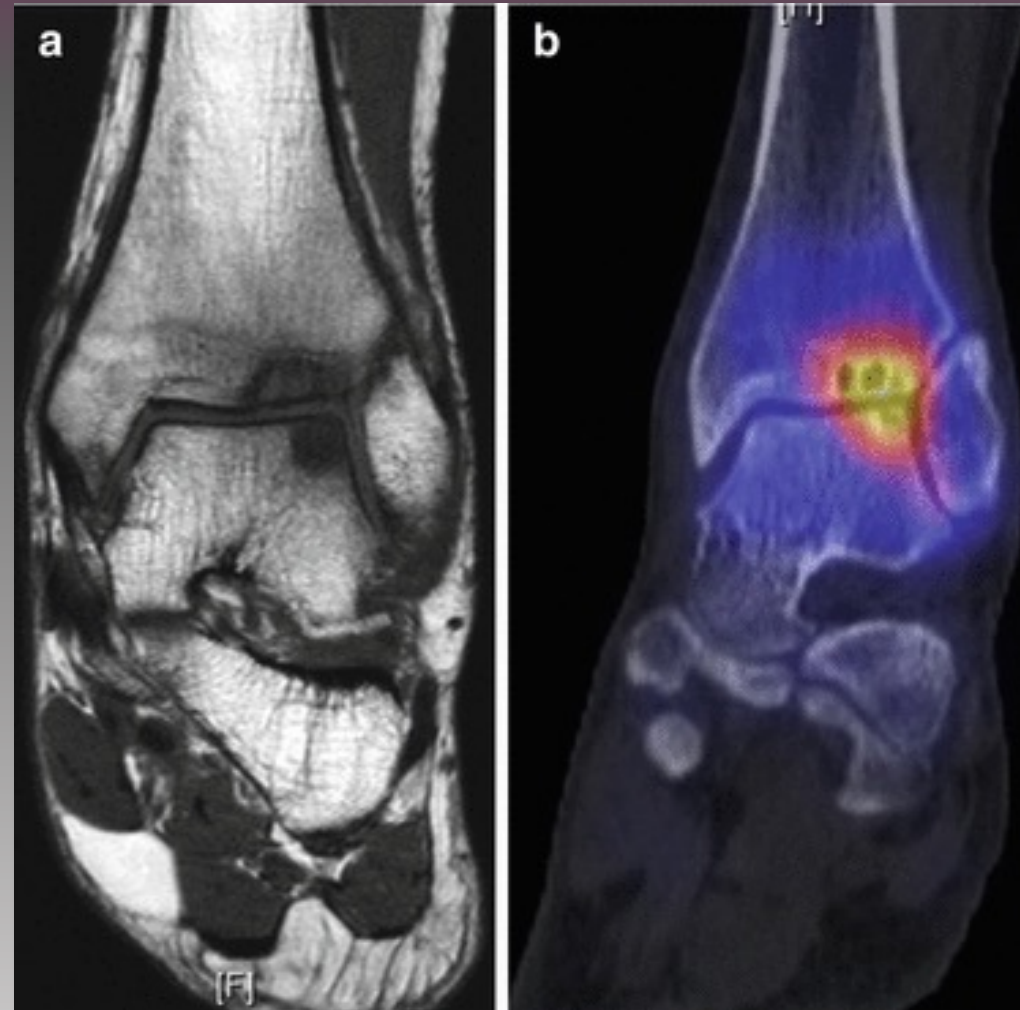
Arthro-CT



Instabilité chronique de la cheville

Bilan radiologique

SPECT-CT



Instabilité chronique de la cheville

Traitement conservateur

Physiothérapie

Proprioception

Renforcement musculaire

Coordination

Taping



Instabilité chronique de la cheville

Traitement conservateur

Orthèses / Supports plantaires



Instabilité chronique de la cheville

Traitement conservateur

Orthèses / Supports plantaires



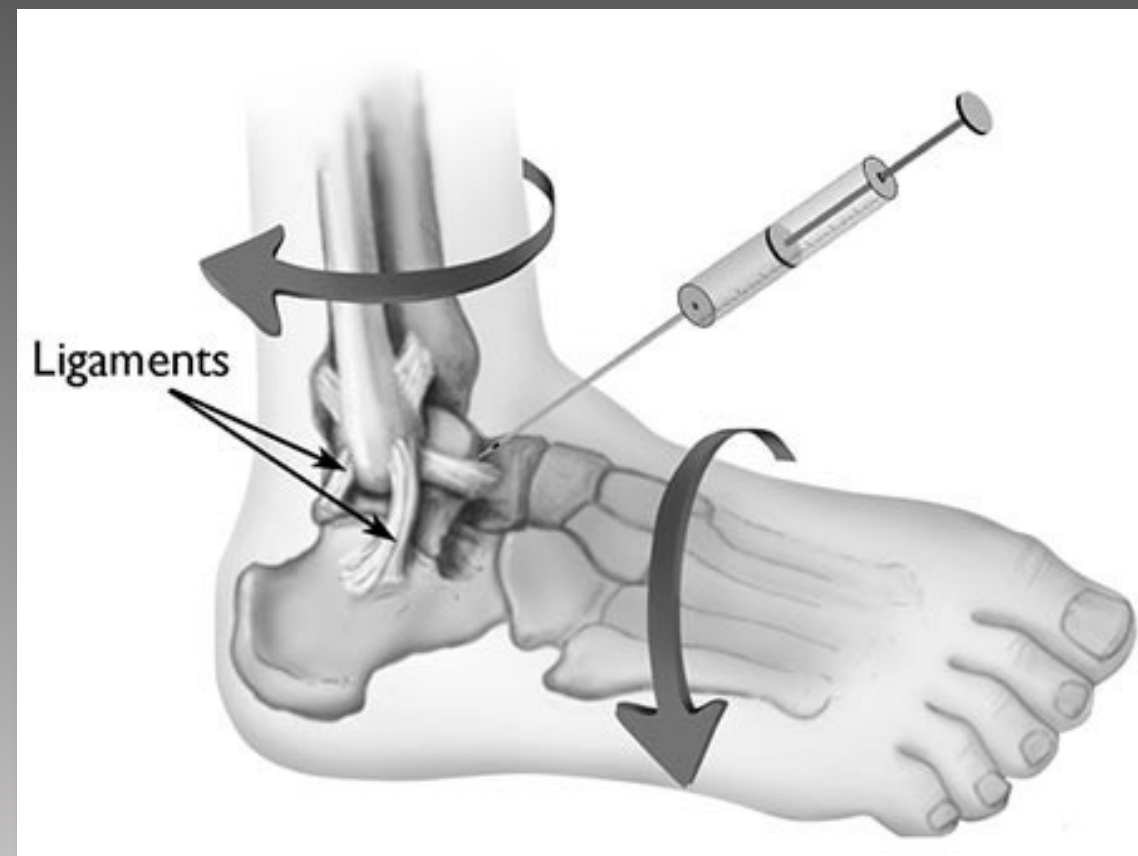
Instabilité chronique de la cheville

Traitement conservateur

Infiltrations

Diagnostiques

Thérapeutiques



Instabilité chronique de la cheville

Indication au ttt chirurgical

Echec du ttt conservateur (min 6 mois)

Episodes d'entorses à répétition

Appréhension même sur terrain stable

Sentiment subjectif d'instabilité

Douleurs chroniques



Instabilité chronique de la cheville

Traitement chirurgical

Corriger tous les facteurs de l'instabilité

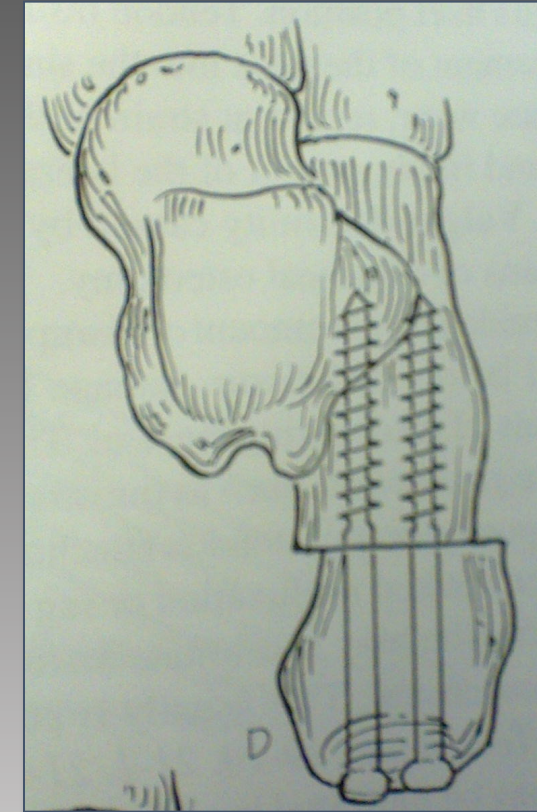
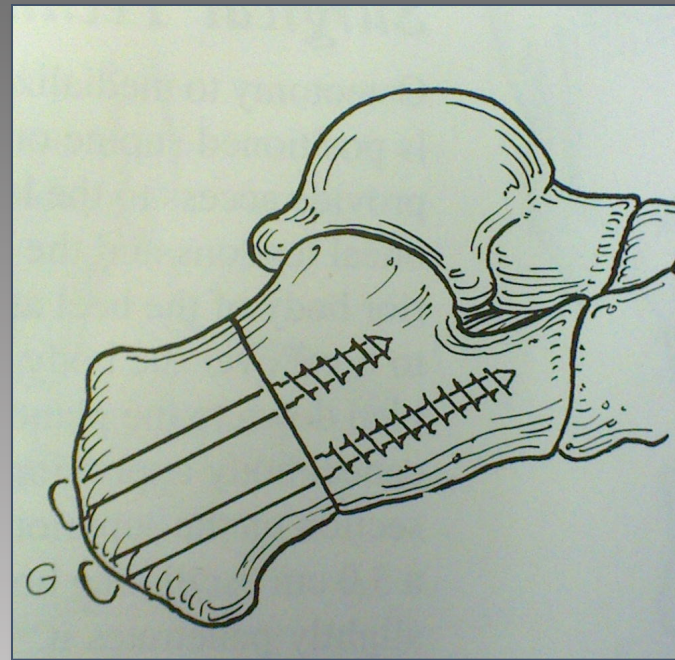
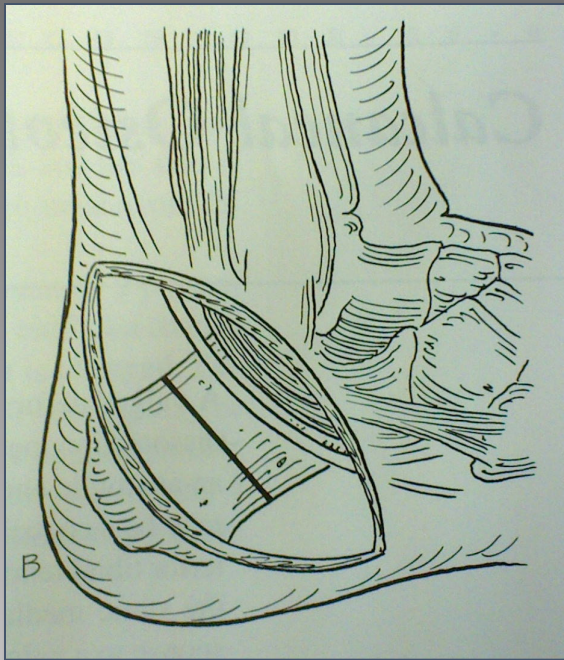
Combinaison de plusieurs gestes



Instabilité chronique de la cheville

Ostéotomie de latéralisation calcanéum

Correction du varus de l'arrière-pied

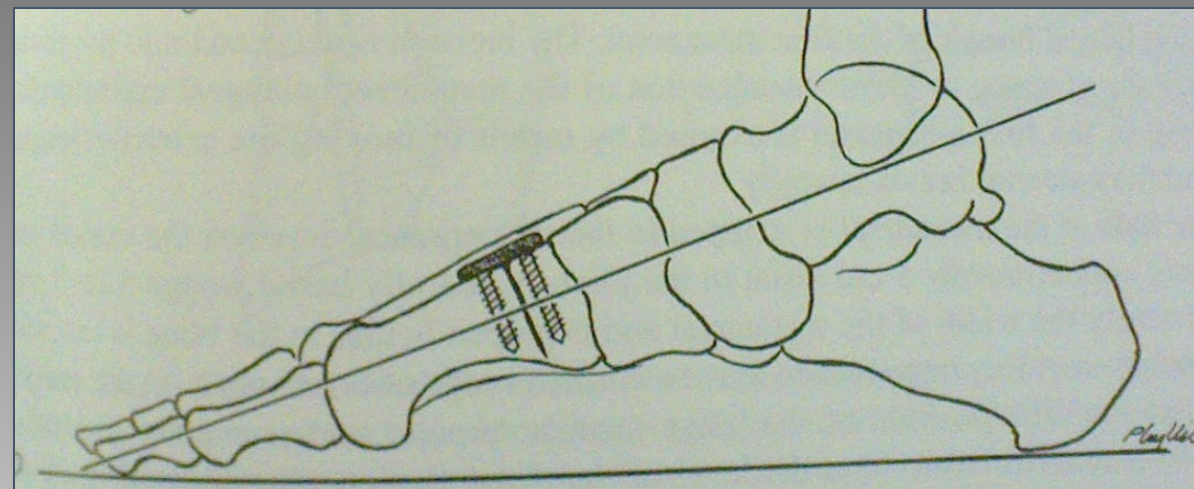
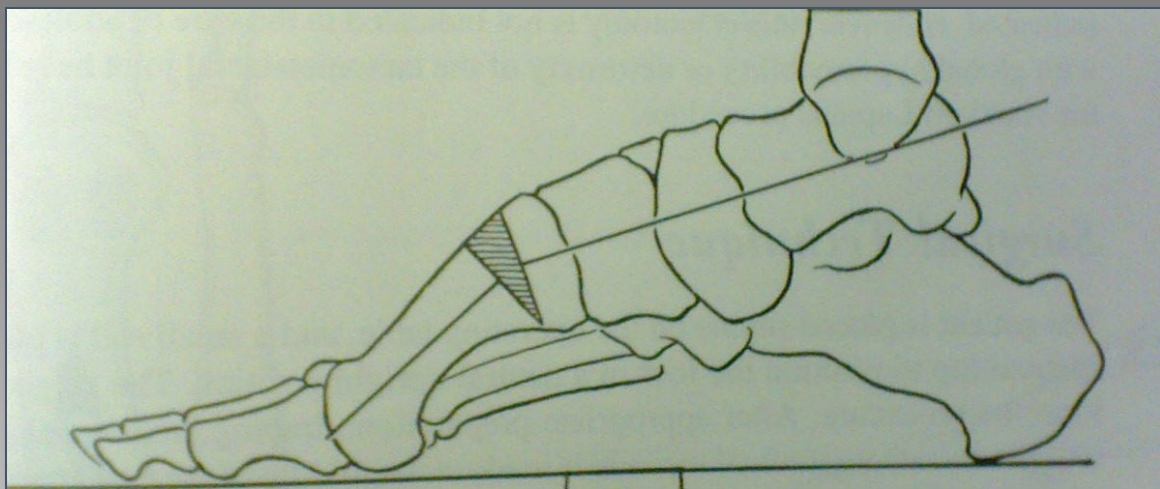




Instabilité chronique de la cheville

Ostéotomie de dorsiflexion du 1er métatarse

Correction de la plantarisation excessive

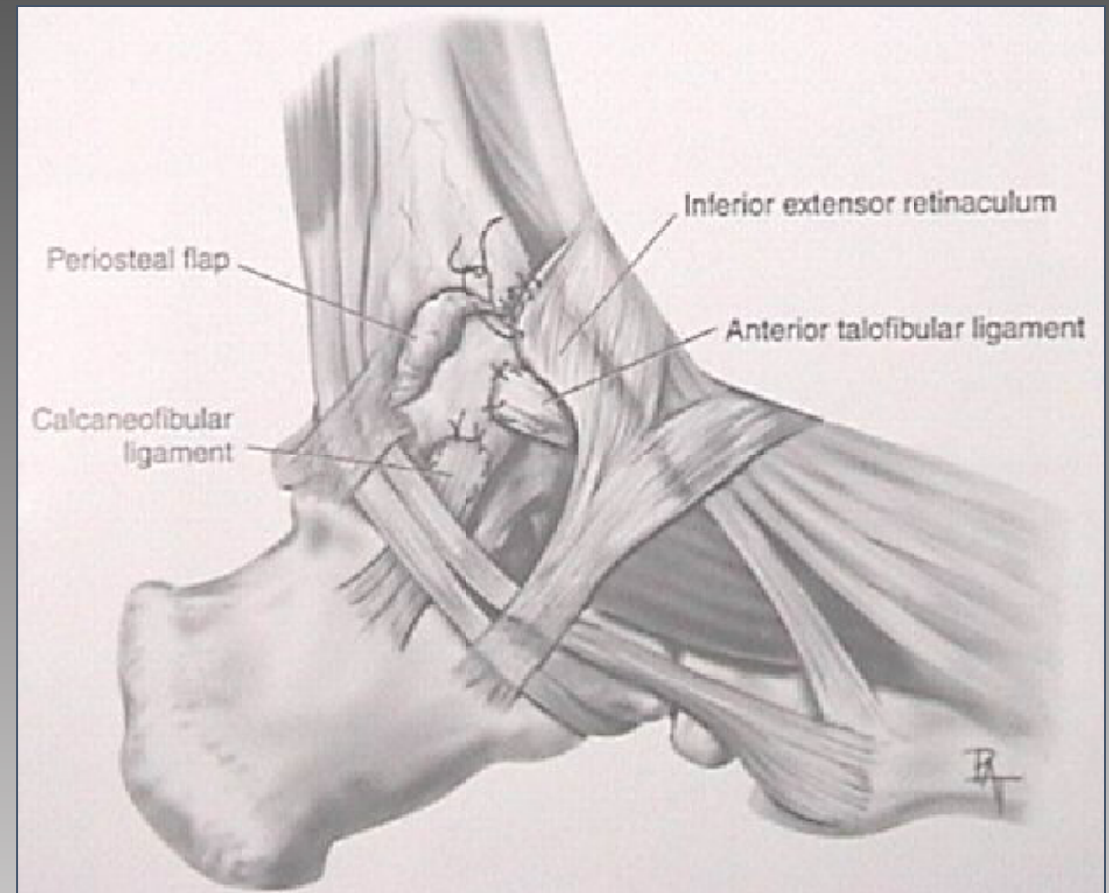


Instabilité chronique de la cheville

Refixation anatomique ligaments

Restauration de l'anatomie

Broström modifié selon Gould



Instabilité chronique de la cheville

Refixation anatomique ligaments

Restauration de l'anatomie

Broström modifié selon Gould

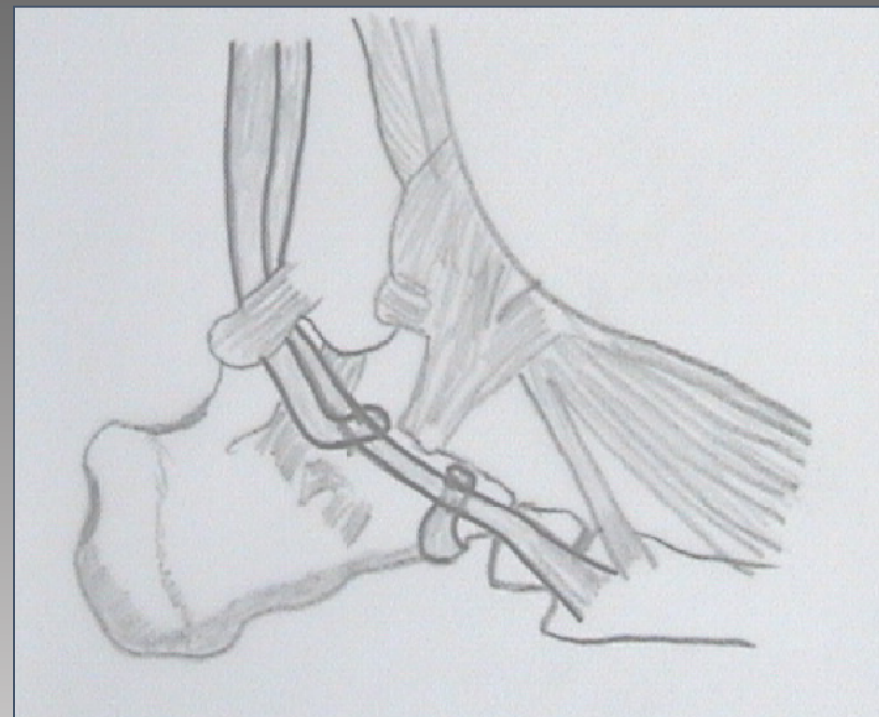
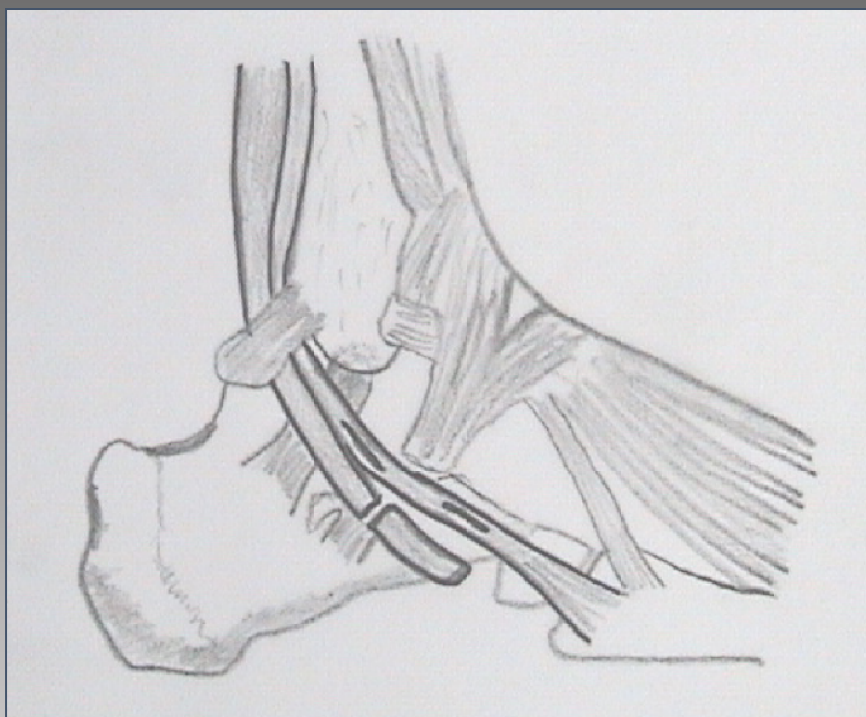


ancres résorbables

Instabilité chronique de la cheville

Transfert long péronier sur court péronier

Corriger l'hyperactivité du long péronier



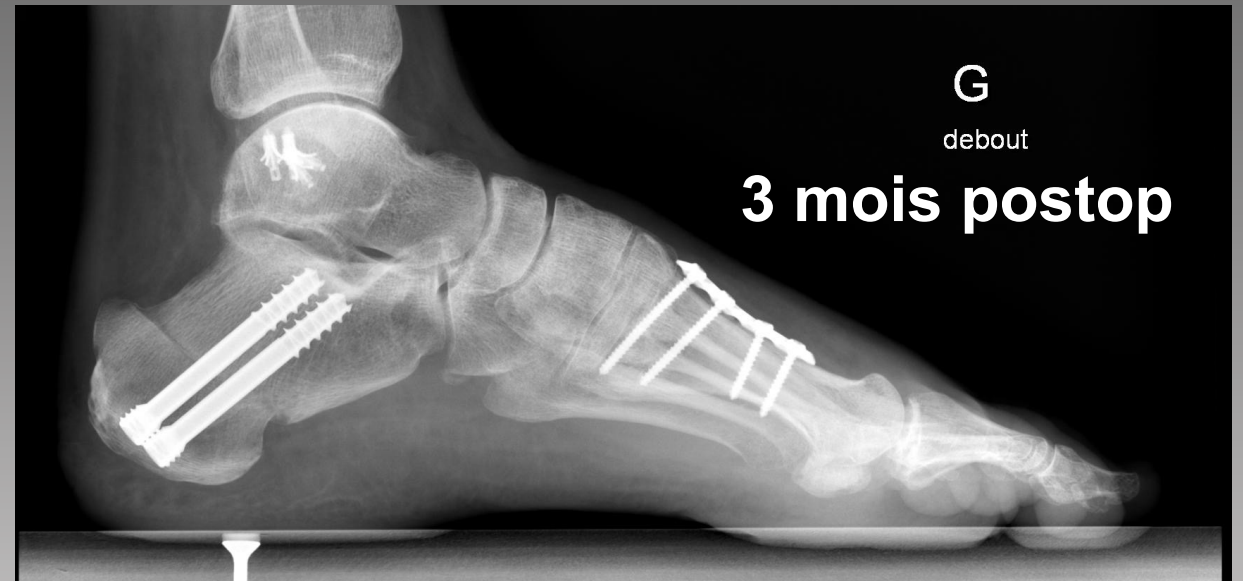
Instabilité chronique de la cheville

R.E., homme 52 ans



Instabilité chronique de la cheville

M.V., femme 39 ans, récurrence d'instabilité



Instabilité chronique de la cheville

M.V., femme 39 ans, récurrence d'instabilité



Instabilité chronique de la cheville

Traitement post-opératoire

Mobilisation en botte plâtrée amovible

2 sem décharge totale

4 sem charge partielle 15-20 kg

Contrôle radiologique à 6 sem



Instabilité chronique de la cheville

Traitement post-opératoire

Rééducation à la marche

Proprioception

Renforcement musculaire spécifique

Reprise progressive sport



Schweizerische
Zeitschrift für

Sportmedizin und Sporttraumatologie

Revue
suisse de

Médecine et de traumatologie du sport

Rivista
svizzera di

Medicina e traumatologia dello sport

rubmedia



2/03

Offizielles Organ



Volume 51

ISSN 1422-0644

Redaktion:

Boutellier U., Zürich
Frey W.O., Zürich
Ménétreay J., Genève

107

Originalartikel

Patrick Vienne, Philipp Schöttle

Orthopädische Universitätsklinik Balgrist, Zürich

Die chronische Rückfussinstabilität: neue Konzepte in der Diagnostik und in der chirurgischen Behandlung

Zusammenfassung

Die Distorsion des oberen Sprunggelenkes ist die häufigste Verletzung in der Sporttraumatologie. Wenn heute die primäre konservative Behandlung in der Akutphase anerkannt ist und gute funktionelle Resultate gibt, bleibt die Behandlung der chronischen Instabilität ein echtes Challenge für den Sportarzt. Durch eine präzise Anamnese, durch eine gezielte klinische Untersuchung sowie durch Zusatzuntersuchungen sollten die Ursachen der Instabilität im Rückfuss gesucht werden. Neben der Bandinsuffizienz (sogenannte «passive» Instabilität) liegen meistens eine dynamische (muskuläre Dysbalance) und eine statische (Achsenfehlstellung im Rückfuss) Komponente vor. Bei Misserfolg der Rehabilitationsmassnahmen sollen die Ursachen der Instabilität chirurgisch einzeln oder kombiniert behandelt werden. Neben der Bandrekonstruktion sind oft ein Sehnentransfer und eine Korrekturosteotomie des Calcaneus indiziert, um eine Wiederherstellung der Funktion zu erreichen und ein Rezidiv zu vermeiden.

Schlüsselwörter:

Sprunggelenk, chronische Instabilität, Bandrekonstruktion, Sehnentransfer

Summary

Ankle sprain is the most common injury in sport traumatology. Conservative treatment of the acute lesion is accepted today and give good functional results. The treatment of the chronic instability of the ankle remains a challenge for the sports physician. The etiology of the instability of the hindfoot should be assessed by a precise history, a well-directed clinical examination and additional investigations. Beside the ligament insufficiency (passive instability), a dynamic (muscle dysbalance) and a static instability (axis deformities) may exist. After failure of the methods of rehabilitation, the causes of the instability should be treated surgically, either isolated or combined. Beside the reconstruction of the ligaments, tendon transfers and correction osteotomy of the calcaneus are often necessary to restore the function and to avoid recurrences.

Key words:

ankle joint, chronic instability, ligament reconstruction, tendon transfert

Schweizerische Zeitschrift für «Sportmedizin und Sporttraumatologie» 51 (2), 107–111, 2003



LA CLINIQUE DU PIED

CENTRE DE MÉDECINE ET CHIRURGIE
DU PIED ET DE LA CHEVILLE

Plus d'informations sur www.clinique-pied.ch