

Entorse de la cheville

- ◆ Fréquentes, elles atteignent par prédilection le ligament latéral externe et surtout ses 2 faisceaux antérieur et moyen. 10% sont considérées comme graves, mais ce diagnostic de gravité est difficile à affirmer sur les seuls critères cliniques.
- ◆ Sur le plan clinique, il faut rechercher des signes de gravité :
 - Dans l'anamnèse, la violence du mécanisme initial, la notion de craquement, la connaissance d'antécédents d'entorses.
 - A l'examen, l'hématome précoce et localisé pré-malléolaire externe, le point douloureux pré et sous-malléolaire.
- ◆ Bilan radiographique : il faut systématiquement demander un cliché de face et de profil et éventuellement un cliché dorso-plantaire s'il existe un doute au niveau du scaphoïde tarsien ou du 5^{ème} métatarsien.
- ◆ Traitement : il fait appel aux antalgiques et repose sur le protocole GREC (Glaçage, Repos, Elévation et Contention).
 - Lorsque l'œdème est important, la contention est assurée par une attelle plâtrée postérieure (traitement anticoagulant systématique) jusqu'à J5.
 - A J5, la contention peut être assurée par :
 - Un plâtre circulaire, indiqué pour les entorses graves et pour les patients indisciplinés (poursuite du traitement anticoagulant). La durée de l'immobilisation est de 3 à 6 semaines.
 - Devant une entorse bénigne, on préférera :
 - Un strapping, pendant 3 à 4 semaines. Ce strapping doit être changé tous les 3 jours par un kinésithérapeute.
 - Une orthèse de stabilisation type AIRCAST (attelle gonflable ou équivalent).
 - Dans les 2 derniers cas, la reprise de l'appui et la mobilisation doivent être précoces ; les anticoagulants seront prescrits uniquement s'il existe un risque lié au terrain. Prescrire 10 séances de rééducation proprioceptive de la cheville.
- ◆ Prévoir un rendez-vous de consultation dans les entorses graves ou récidivantes.
- ◆ AT : 3 à 6 semaines.