

# **EVALUATION CLINIQUE DES DIFFERENTES ENTORSES DU COU-DE-PIED**

**J. RODINEAU\***

## **Introduction**

Les traumatismes du cou-de-pied représentent un des motifs de consultation les plus fréquents. L'augmentation de la pratique sportive de loisir ou de compétition n'est pas étrangère à l'augmentation des lésions ligamentaires des différentes articulations constituant le cou-de-pied, éveillant l'intérêt des médecins pour une meilleure connaissance de cette pathologie.

La seule pathologie de l'entorse de la cheville représente environ 6 000 cas par jour en France et un coût économique élevé.

Compte tenu de l'incidence sur l'avenir sportif, on ne peut pas se contenter d'un diagnostic hâtif et imprécis. Il est également nécessaire d'éviter l'abus d'examens coûteux sans une justification précise. C'est dire l'importance de cette évaluation clinique qui doit être menée de façon méthodique et précise.

## **La démarche initiale**

Elle est la même pour tous les sites ligamentaires concernés. Elle comprend différents temps.

### **L'interrogatoire**

C'est à une véritable enquête qu'il faut se livrer :

- noter le délai écoulé depuis le traumatisme ;
- préciser les circonstances précises, le mécanisme en cause ainsi que le mouvement lors du traumatisme imprimé au cou-de-pied ;
- apprécier ce qui a été ressenti, voire entendu, par le patient au moment précis de l'accident : claquement, craquement, coup de fouet, .... ;
- faire préciser l'intensité et le siège de la douleur ;

---

\* Service de médecine physique et réadaptation – Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière – 47 Bd de l'Hôpital  
75651 Paris Cx 13

- noter l'évolution de la douleur et de l'impotence fonctionnelle qui s'en suit, persiste, augmente ou disparaît ;

- rechercher les antécédents traumatiques et les traitements antérieurs effectués ;

L'âge peut influencer sur les diagnostics à évoquer: il est plus fréquent chez les jeunes enfants de retrouver des fractures type Salter que des entorses qui sont exceptionnelles; et chez les personnes de plus de 55 ans, des fractures des malléoles qui sont plus fréquentes, en partie du fait d'une fragilité osseuse plus importante.

## **L'examen clinique**

### *L'observation*

L'observation attentive recherche l'attitude spontanée du pied, et note l'existence d'un oedème localisé ou diffus, d'une ecchymose, voire d'un hématome, sachant qu'ils apparaissent de façon retardée et diffuse, du cou-de-pied jusqu'aux orteils parfois. On peut également noter une plaie ou une contusion en cas de traumatisme direct, voire une déformation évidente. Tous ces éléments sont soigneusement notés en précisant leur localisation précise. Enfin si elle est possible, on étudie la marche et on détecte une éventuelle boiterie.

### *La palpation*

Elle doit être méthodique et adaptée à la situation :

— Devant une déformation évidente, la palpation se contente de rechercher une complication vasculo-nerveuse en aval. C'est la radiographie qui précise la lésion (fracture, luxation, ...), souvent grave justifiant un traitement urgent.

— Dans les autres cas, la palpation est complète, évitant de se limiter à une zone, au risque de négliger une association lésionnelle :

- les reliefs osseux (sans oublier, chez l'enfant, le cartilage de croissance) : tibia, malléoles médiale et latérale, talus : dôme et surtout tête et col, os scaphoïde, calcaneus, cuboïde, Chopart, base du 5<sup>e</sup> métatarsien, sinus du tarse. La palpation succincte de l'avant-pied n'est pas un luxe. ;

- les tendons : tendon calcanéen bien sûr, mais aussi en avant le tibial antérieur et les extenseurs des orteils derrière et sous la malléole latérale les tendons des fibulaires. Derrière

la malléole médiale, le tibia postérieur est plus difficile à percevoir, de même que les fléchisseurs des orteils plus profonds ;

- la recherche d'un épanchement articulaire avec le bombement en avant de chaque malléole, juste sous le rebord du pilon tibial.

L'œdème, parfois important et sensible par la simple distension des plans cutanés, peut gêner l'appréciation de la palpation.

### *L'étude de la mobilité*

— La mobilité active :

Elle explore le bon fonctionnement de l'appareil musculo-tendineux : tibia antérieur, releveurs des orteils, fléchisseurs des orteils, tendon calcanéen, tibia postérieur, tendons des fibulaires qui seront testés lors de mouvements actifs simples sans contraction résistée.

— La mobilité passive :

Elle note soigneusement la douleur et/ou la limitation d'une articulation. Sont ainsi étudiés la flexion plantaire et dorsale, les mouvements de la médio-tarsienne en bloquant l'arrière-pied, les mouvements du Lisfranc (notamment en mobilisant le 5<sup>e</sup> métatarsien sur le cuboïde).

### *Les contractions contrariées ou isométriques*

Elles doivent intéresser tout l'appareil musculo-tendineux : les fléchisseurs et les extenseurs des orteils, le tendon calcanéen, le tendon tibia antérieur, le tendon tibia postérieur et les tendons fibulaires.

Elles permettent de mettre en évidence une souffrance tendineuse, une rupture ou une désinsertion, voire une fracture-arrachement de leur insertion (notamment la base du 5<sup>e</sup> métatarsien et le court fibulaire). Elles permettent de reconnaître une luxation, en particulier des tendons des fibulaires.

# Les différentes localisations

## Les entorses de l'articulation talo-fibulaire distale

*L'interrogatoire* permet de retrouver les mécanismes lésionnels habituels : la rotation externe forcée du pied sous la jambe et la rotation interne du tenon talien dans la mortaise tibio-fibulaire en association à un mécanisme d'inversion de la cheville et du pied.

Les symptômes initiaux sont caractérisés par la présence d'une douleur localisée à la partie antéro-latérale de la cheville, pouvant irradier jusqu'au tiers inférieur de la jambe. Une sensation de craquement ou de déchirure peut être retrouvée.

Dans les suites rapprochées, les troubles fonctionnels sont variables allant d'une simple gêne à un handicap plus marqué avec impossibilité de poursuivre l'activité sportive en cours.

*L'examen clinique comporte différents temps :*

L'inspection ne décèle aucune anomalie dans les formes mineures. Dans les formes plus graves, on note un gonflement pré-malléolaire externe, localisé au-dessus du pli de flexion de l'articulation talo-crurale. Au bout de 24 ou 48 heures, ce gonflement fait place à un empatement diffus de la face antéro-latérale du cou-de-pied. Une ecchymose peut apparaître.

La douleur peut être réveillée par une manœuvre reproduisant le mécanisme lésionnel : le patient est installé à 4 pattes sur la table d'examen, le genou fléchi à 90. En portant le pied en rotation externe forcée, on déclenche une vive douleur.

A la palpation, les éléments antérieurs de la syndesmose sont très douloureux.

## Les entorses latérales de l'articulation talo-crurale

Bien qu'elles soient d'une extrême fréquence, ces entorses présentent cependant des difficultés certaines quant à l'appréciation exacte de l'importance des lésions.

*Les données de l'interrogatoire* constituent une source de renseignements d'intérêt primordial.

La perception d'un craquement et surtout d'une sensation de déchirure sont de bons signes de gravité lésionnelle.

Les réactions douloureuses qui accompagnent et suivent l'accident sont d'intensité variable. Au cours du traumatisme, la perception d'une douleur est un phénomène banal mais

l'évolution de la douleur peut donner des renseignements intéressants. Habituellement, à la douleur initiale fait place une certaine indolence suivie, quelques heures après, de la réapparition d'une tension douloureuse. Dans les ruptures ligamentaires, le mode évolutif peut revêtir deux aspects : d'une part, l'aggravation progressive des douleurs et d'autre part, l'indolence très nette faisant suite à une douleur initiale brutale, non troublée par la réapparition tardive de phénomènes douloureux.

La tuméfaction pré- et sous-malléolaire qui se forme en l'espace de quelques minutes, en avant et au-dessous de la malléole latérale, constitue un symptôme fidèle de gravité.

Dans une entorse de gravité moyenne, l'ecchymose n'apparaît guère avant la 24<sup>e</sup> heure et elle reste limitée. Dans les formes graves, elle apparaît beaucoup plus précocement et va rapidement diffuser.

Survenant dans des délais variables après le traumatisme, atteignant son développement maximum en 36 à 48 heures, le gonflement péri-articulaire ne paraît pas être, du moins pris séparément, un bon critère de gravité.

Le degré d'impotence fonctionnelle peut varier parfois parallèlement à la gravité des lésions mais il est loin d'y être toujours proportionnel.

*L'examen physique* présente une importance considérable et sa valeur ne saurait être sous-estimée ; sa difficulté non plus.

L'inspection comporte la recherche d'une attitude anormale du pied, d'un gonflement et d'une ecchymose.

L'étude de la mobilité porte sur l'interligne talo-crural mais aussi les interlignes talo-fibulaire inférieur, sous-talien, médio-tarsien et même tarso-métatarsien. Elle est effectuée en passif en notant pour chaque articulation et pour chaque mouvement s'il existe une limitation et des douleurs provoquées.

Les contractions résistées sont effectuées systématiquement. Dans les entorses latérales, c'est la contraction résistée des muscles fibulaires qui offre le plus d'intérêt car elle permet, dans certains cas, de déclencher une douleur traduisant une lésion de leur gaine et également de ne pas méconnaître une luxation de ces tendons en avant de la malléole externe ou un arrachement de la styloïde du 5<sup>e</sup> métatarsien.

La recherche de mouvements anormaux est le temps capital de l'examen clinique car leur constatation permet d'affirmer la rupture ligamentaire. Ils doivent être recherchés dans 2 plans : le plan frontal et le plan sagittal. Dans le plan frontal, les anomalies à détecter lors du mouvement de varus sont le bâillement tibio-talien qu'objective l'augmentation du varus de

l'arrière-pied, le choc talien et la surélévation de la malléole latérale qui constitue le meilleur témoin de laxité dans le plan frontal. Dans le plan sagittal, on cherche à mettre en évidence un tiroir antérieur, le genou plus ou moins fléchi et le pied à angle droit ou en flexion plantaire. Le but est de provoquer l'avancée du pied sous le segment jambier ou d'obtenir un recul de la jambe par rapport au pied.

La recherche des points douloureux termine le bilan clinique. Dans ces entorses latérales, on palpe successivement les insertions des 3 faisceaux du LCL, la gaine des tendons des muscles fibulaires, la capsule et les ligaments de l'articulation médio-tarsienne externe et la base du 5<sup>e</sup> métatarsien.

## **Les entorses antérieures de l'articulation talo-crurale**

*A l'interrogatoire, on* retrouve le mécanisme responsable : un mouvement forcé de flexion plantaire.

La douleur initiale est souvent intense et s'atténue progressivement au bout de quelques jours. La cheville apparaît assez rapidement tuméfiée et le maximum du gonflement est de siège antérieur. On retrouve quelques petites ecchymoses plutôt antérieures. Au bout de quelques jours, l'impotence fonctionnelle devient modérée et le sujet peut marcher sans aucune sensation d'instabilité.

*L'examen clinique* montre qu'il n'y a pas d'instabilité frontale, pas de points douloureux latéral ou médial mais, en revanche, des points douloureux sur l'interligne articulaire antérieur de l'articulation talo-crurale. L'élément le plus évocateur est une douleur lors de la flexion plantaire forcée qui s'explique par la rupture des ponts fibreux (ou retinacula) qui existent normalement entre la capsule antérieure et les tendons extenseurs des orteils.

## **Les entorses médiales de l'articulation talo-crurale**

Comme pour les lésions latérales, différents degrés de gravité peuvent être observés.

*A l'interrogatoire, le patient* décrit une douleur médiale très intense au moment de l'accident. La perception d'un craquement est souvent notée. En revanche, il n'existe pratiquement jamais de gonflement immédiat. Dans les minutes qui suivent l'accident, la reprise d'appui est possible le plus souvent et l'activité sportive peut être parfois poursuivie.

*L'examen physique* montre une ecchymose en regard de la malléole interne, diffusant vers le bas et envahissant fréquemment l'arche médiale du pied. La palpation met en évidence

des points douloureux au niveau du LCM et n'omet jamais de palper la malléole latérale et le col de la fibula. La mobilisation passive de l'arrière-pied réveille une douleur interne lors du mouvement de valgus, mais parfois également lors du mouvement de varus. La recherche de mouvement anormaux est très difficile et, à l'état de veille, il est pratiquement impossible de mettre en évidence une augmentation du valgus calcanéen ou un tiroir astragalien antérieur sur une cheville récemment traumatisée.

### **Les entorses isolées de l'articulation sous-talienne**

Très peu de signes cliniques, subjectifs et objectifs sont spécifiques d'une entorse de l'articulation sous-talienne. Toutefois, il est possible de penser à cette atteinte lorsque les douleurs sont davantage situées vers le calcaneus et que la palpation de l'orifice externe du sinus du tarse est particulièrement douloureuse. L'œdème peut être sous-malléolaire, laissant libre la partie antéro-latérale de la cheville. La ponction de l'articulation sous-talienne par voie postérieure est un élément en faveur de ce diagnostic lorsqu'elle ramène du sang.

### **Les entorses de l'articulation médio-tarsienne**

Elles se résument pratiquement toutes à des entorses calcanéocuboïdiennes. Elles revêtent 2 formes principales : bénignes et graves.

*L'interrogatoire* montre que, dans les formes bénignes, il s'agit d'un incident banal qui autorise la poursuite de l'activité sportive mais avec une certaine gêne fonctionnelle. Ce n'est que quelques heures après ou le lendemain qu'apparaît la symptomatologie douloureuse notamment à la marche où le déroulement du pas est douloureux et surtout à la course où le pas postérieur est douloureux et à la réception d'un saut.

Dans les formes graves, on retrouve le tableau habituel des ruptures ou des arrachements ligamentaires : craquements, sensations de torsion du pied, douleur vive. Dans les suites, l'appui est très douloureux et l'impotence fonctionnelle est marquée.

*L'examen clinique* varie selon les lésions. A la marche, la phase d'impulsion est écourtée du fait des douleurs qu'elle entraîne. La montée sur demi-pointe entraîne une douleur élective au niveau du médiopied. Un empâtement de la face dorsale du médiopied est toujours noté. La mobilisation passive du médiopied réveille des douleurs notamment l'abduction et la supination. A la palpation : l'interligne calcanéocuboïdien est douloureux.