

Prise en charge d'un traumatisme de CHEVILLE

Cet algorithme décisionnel ne se substitue pas au jugement clinique.



Luxation/ Absence de pouls = URGENCE
-> prise en charge chirurgicale.

Anamnèse

- Mécanisme lésionnel
- Impotence fonctionnelle?
- Localisation et intensité de douleur?
- 1^{er} épisode?

Examen clinique

Palpation des points osseux suivants (cf. critères d'Ottawa) →

- Tête du péroné
- Diaphyse tibiale
- Pointe malléole interne / externe
- Base du 5^{ème} métatarse
- Bord latéral de l'arrière-pied (calcanéum, cuboïde)
- Bord médial du médio-pied (calcanéum, naviculaire)
- Testing du tendon d'Achille + test de Thompson

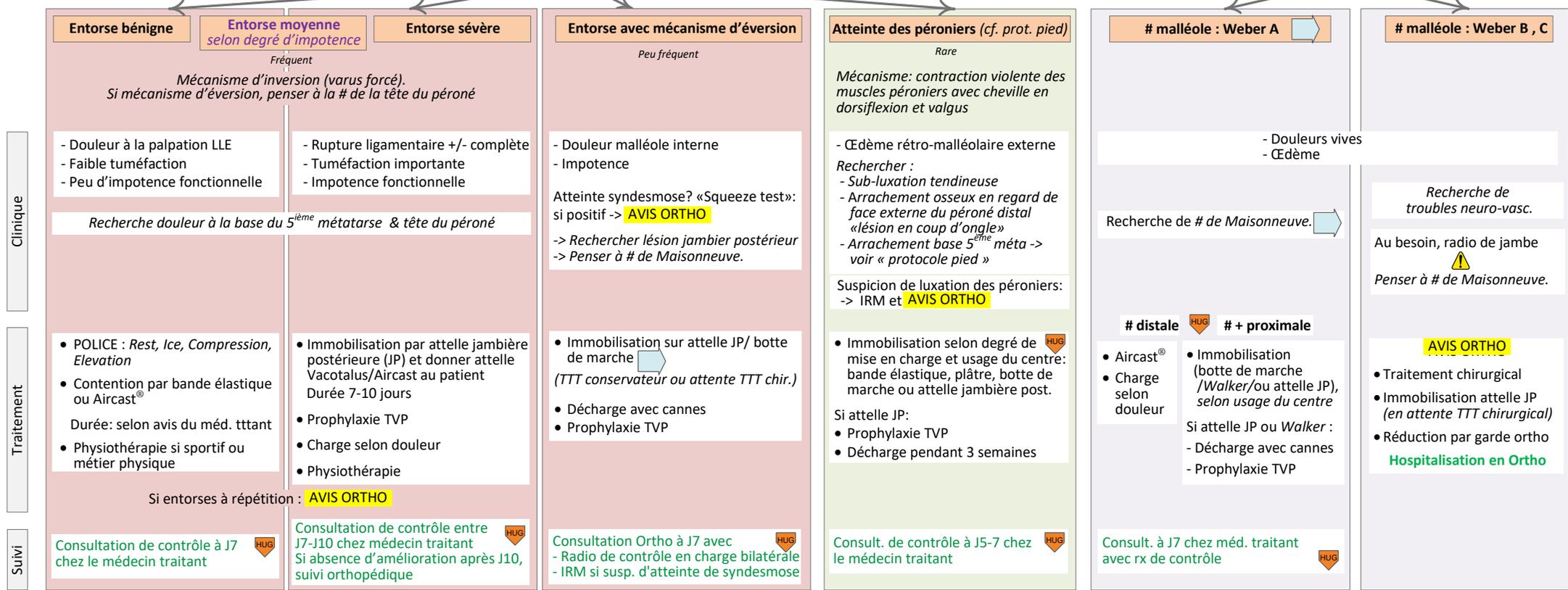
Le reste de l'examen clinique sera complété **APRES** le résultat des examens radiologiques.

Bilan radiologique (cf. Critères d'Ottawa à appliquer selon votre jugement clinique)
-> **Radio cheville face et profil**, en charge si patient(e) capable de charger!

Si palpation douloureuse tête du péroné ou anamnèse positive de mécanisme de rotation externe +/- dorsiflexion : demander Rx jambe F/P
Si douleurs palpation arrière-pied : Rx pied F/P ; si douleurs à base du 5^{ème} métatarsien : Rx pied oblique - en charge si patient(e) capable de charge

- Anatomie de la cheville
- Critères radiologiques
- Types immobilisation
- Pièges de l'entorse

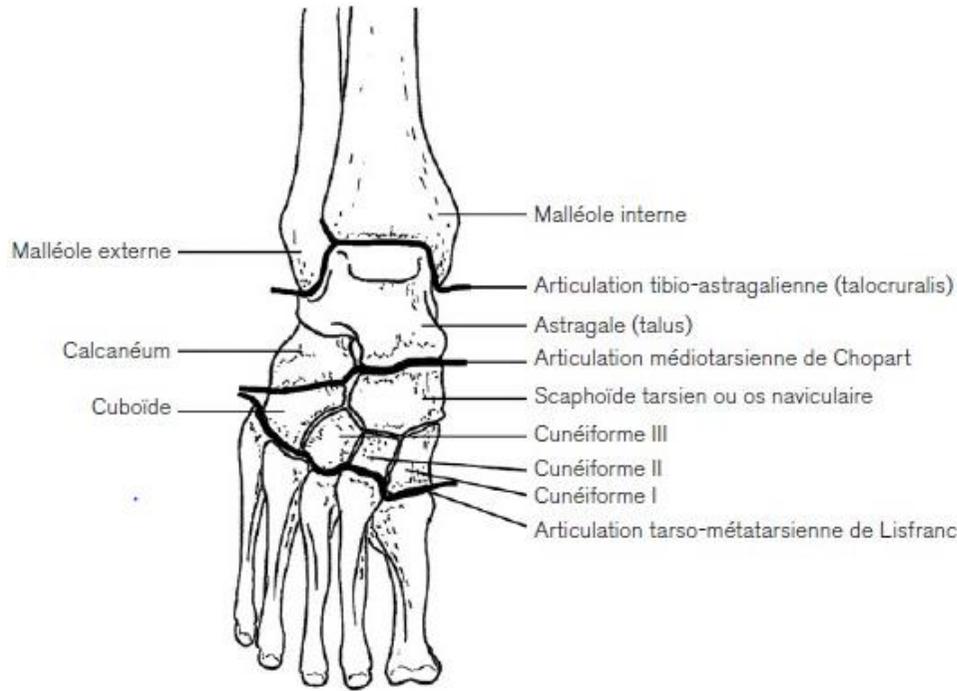
Patient sans radio car ne remplissant pas les critères d'Ottawa et/ou avec radio normale* **Radio avec fracture évidente**



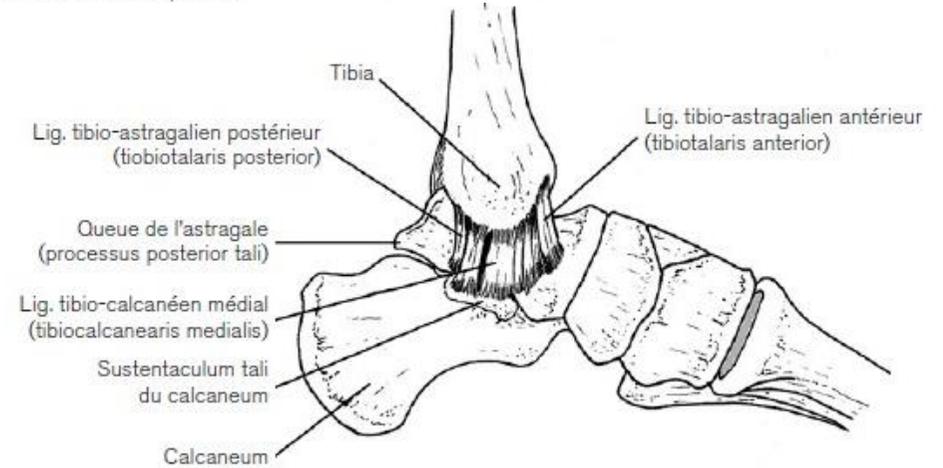
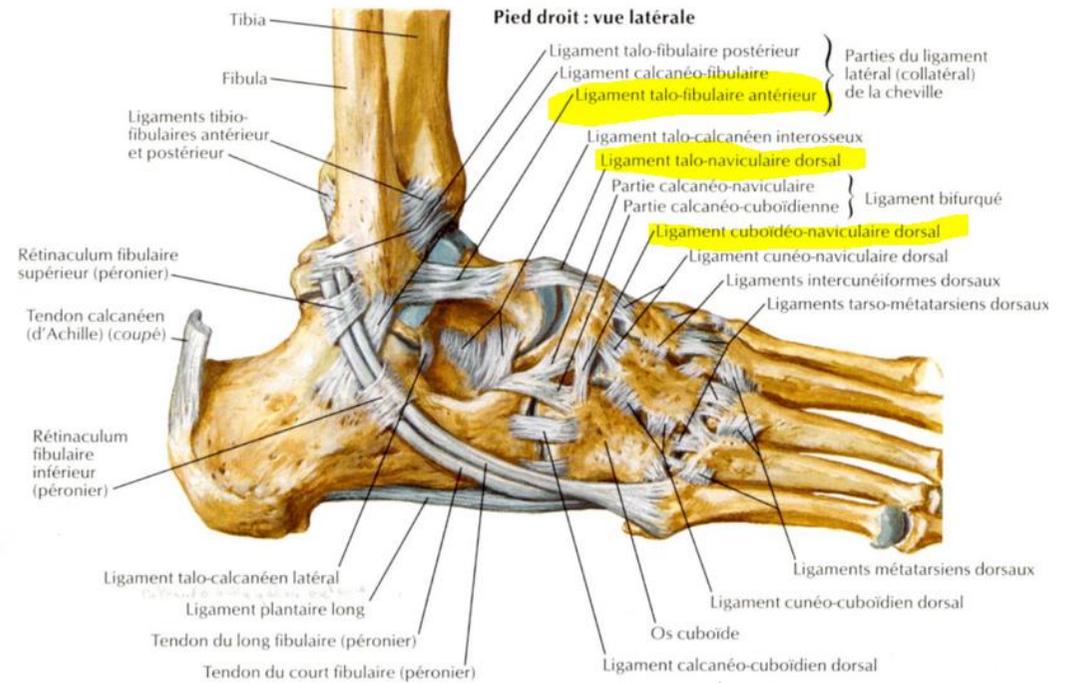
*: Radio de cheville face, non en charge, normale : espace entre tibia et fibula <4 mm et espace constant (4 mm) dans toute l'articulation entre tibia et talus.



Anatomie de la cheville



Articulations de la cheville et de l'arrière-pied



Ligament collatéral medial (l. deltoïde)



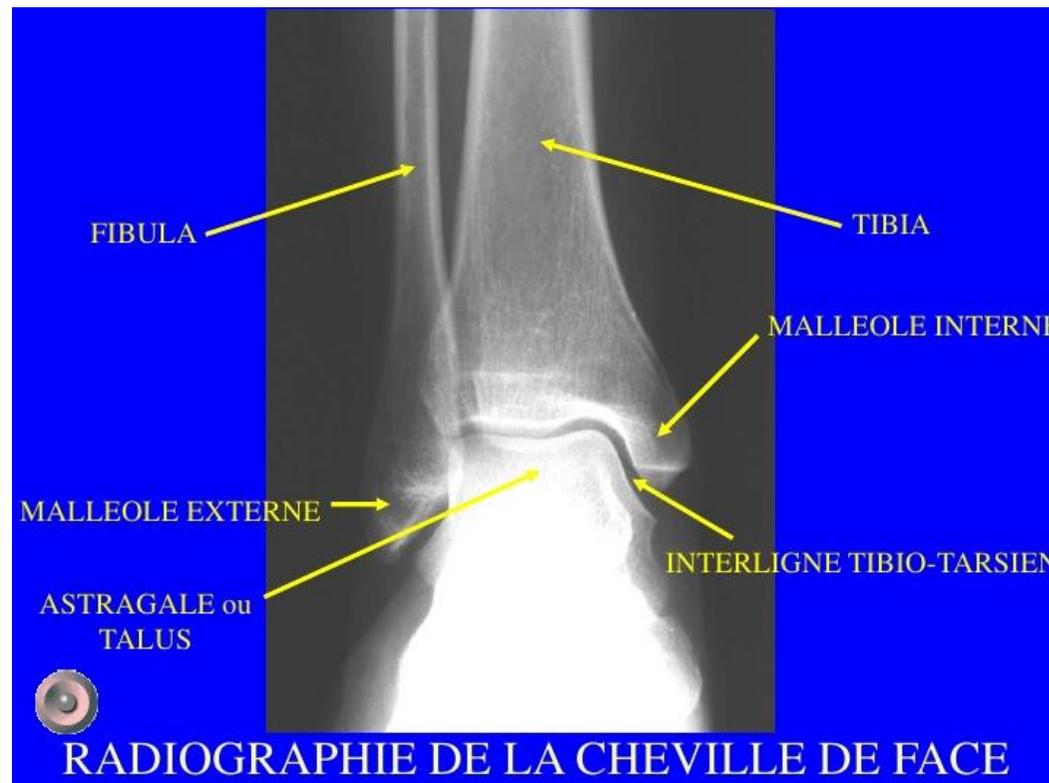
Critères radiologiques

Dôme du talus visible ?

Diastasis tibio-tarsien ?

Distance tibio-fibulaire (atteinte de la syndesmose ?)

Débris intra-articulaires ?



HUG : suivi d'un traumatisme de cheville

Entorse moyenne à sévère

Suivi entre J7 et J10 : Contrôle chez interne d'ortho en VV ou CDC ortho de VV

Entorse avec mécanisme d'éversion et suspicion d'atteinte de syndesmose

Suivi à J7 : Contrôle chez interne d'ortho en VV ou CDC ortho VV avec rx en charge bilatérale (*recherche de diastase de syndesmose*).
+ IRM si suspicion d'atteinte de la syndesmose

Atteinte des péroniers

- Avis ORTHO
- Attelle jambière postérieure (JP)
- Prophylaxie TVP
- Décharge pendant 3 semaines

Suivi entre J7 et J10 : Contrôle chez interne d'ortho de VV ou CDC ortho de VV.

Si suspicion de luxation des péroniers, même prise en charge, puis suivi par le « Team pied/cheville »

Fracture Weber A

Si fracture arrachement de la pointe du péroné / fracture stable:

- Marche en charge selon douleurs
- Aircast®
- **Contrôle chez ortho avec rx à 7-10 jours; 3 et 6 semaines**

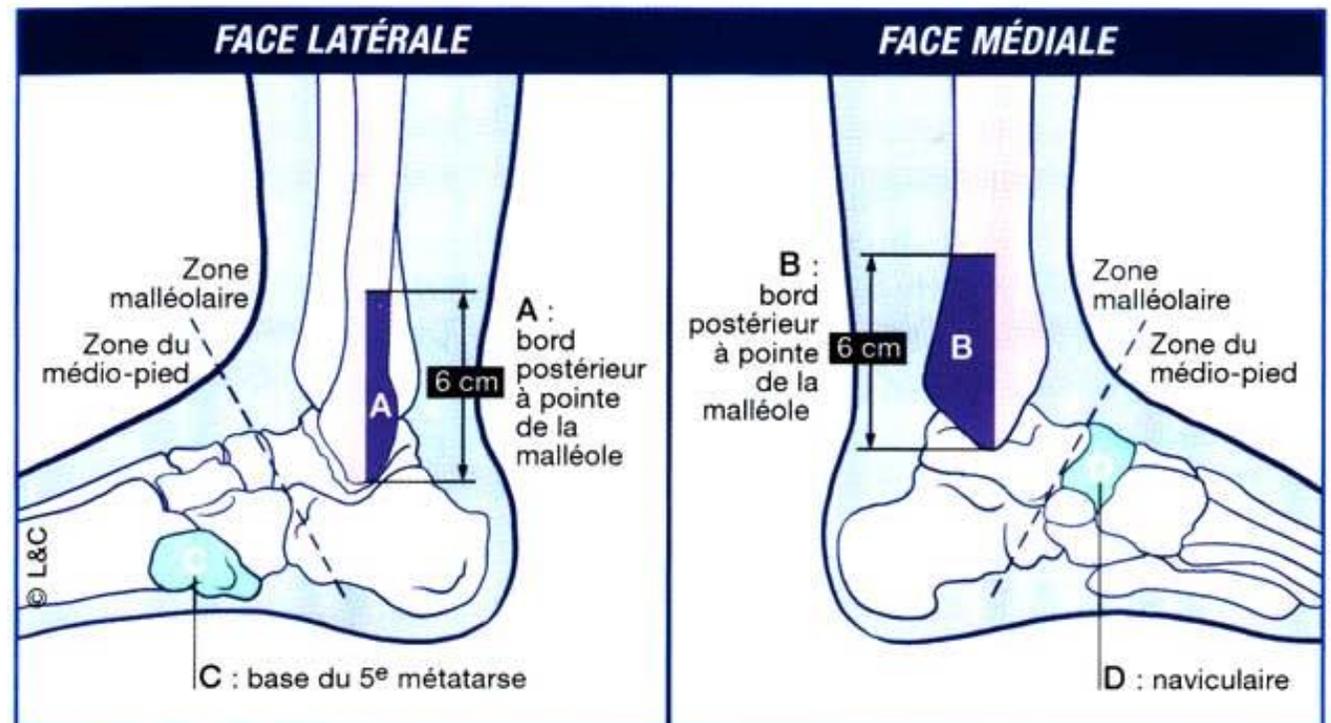
Si fracture plus proximale:

- Attelle JP
- Prophylaxie TVP
- Charge selon douleurs
- **Contrôle chez ortho avec rx à 7-10 jours; 3 et 6 semaines**

Critères d'Ottawa

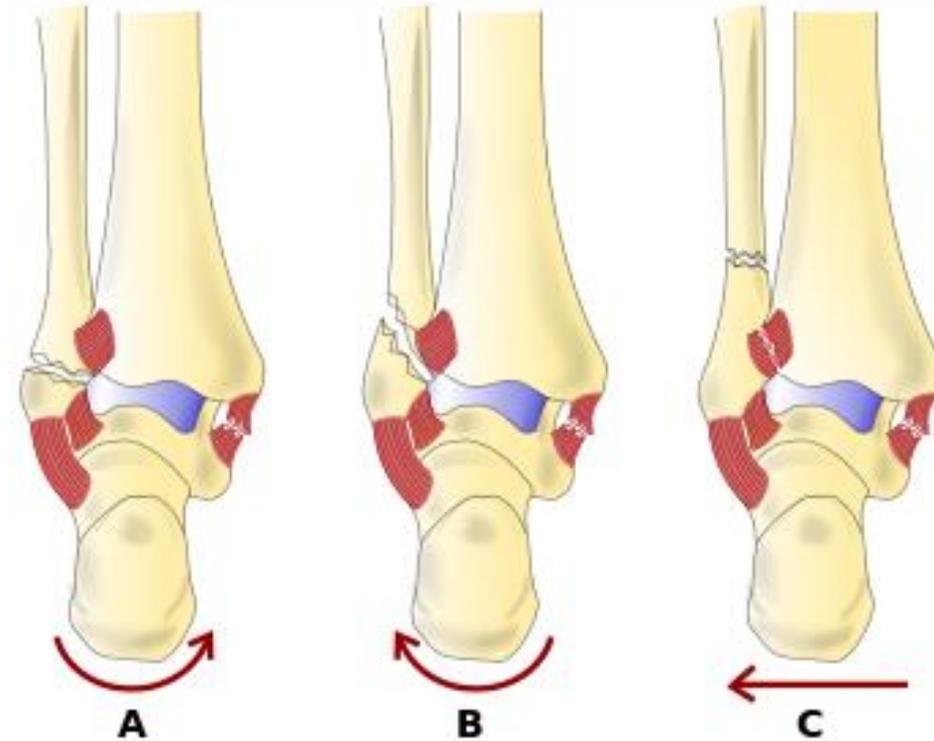
Radiographie de la cheville ou du pied indiquée si présence d'un des signes ou symptômes suivant:

- Douleur malléole interne ou portion postérieure de la malléole (sur 6 cm) **A**
- Douleur malléole externe ou portion postérieure de la malléole (sur 6 cm) **B**
- Incapacité de mise en charge et de faire 4 pas (immédiatement et lors de l'examen)
- Douleur base du 5^{ème} métatarse **C**
- Douleur os naviculaire **D**
- Douleur « mid-foot »





Classification fractures cheville WEBER A, B, C



Ø lésion de syndesnose

Lésion de syndesnose possible

Lésion de syndesnose



Pièges de l'entorse

- Lésion de la syndesmose
- Lésion des tendons péroniers
- Rupture du tendon d'Achille
- Fractures :
 - Malléole externe
 - Lésion de l'apophyse externe du talus
 - Processus antérieur du calcanéum
 - Fracture du naviculaire
 - Fracture de la base du 5^{ième} métatarsien
 - Fracture du cuboïde
 - Fractures de fatigue
- Fracture ou lésion du Lisfranc
- Fracture ou lésion du Chopart*
- Lésion ostéochondrale du dôme du talus

* : Entorses du Chopart

Peuvent être associées (jusqu'à 20%) aux entorses ou isolées (plus rare)

Mécanisme :

Rotation interne et supination +/- flexion plantaire forcée.

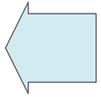
Clinique :

Douleur à la palpation de l'articulation calcanéocuboïdienne

Douleur au niveau de la calcanéocuboïdienne à la flexion forcée de l'avant-pied en maintenant le calcanéum bloqué.

Traitement :

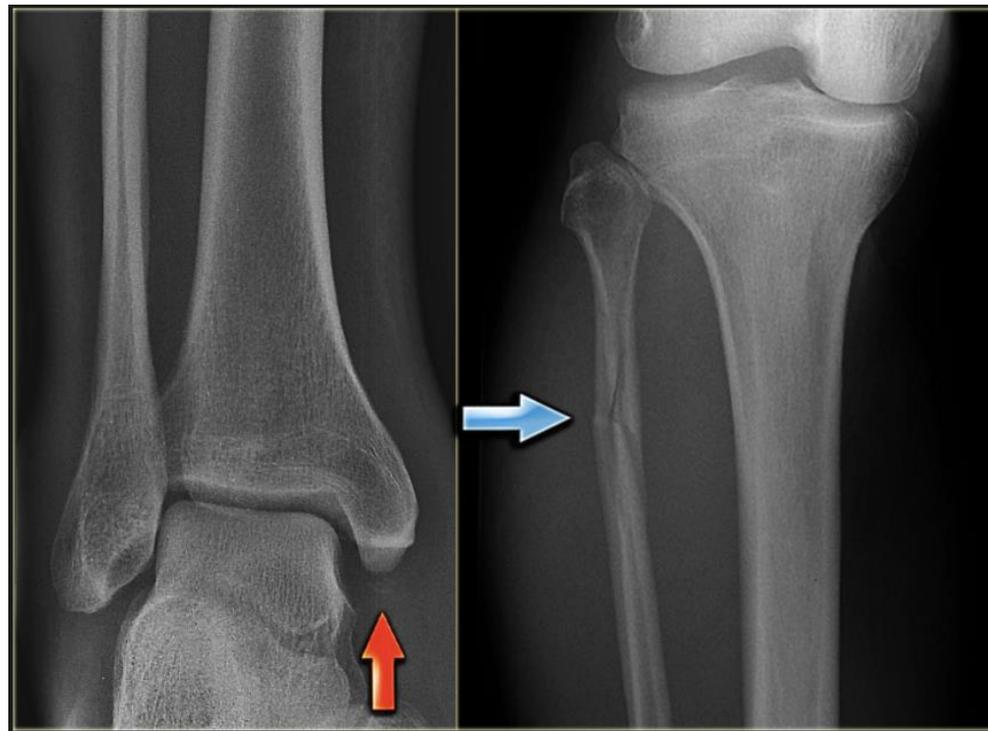
Idem à l'entorse de cheville. En cas de lésion du Chopart associé à une entorse, la symptomatologie douloureuse peut-être plus longue.



Fracture de Maisonneuve

Rotation externe forcée de la cheville avec une fracture-avulsion horizontale de la malléole interne, associée à une longue fracture oblique du péroné.

-> Demander une radiographie de la jambe entière devant une lésion de la malléole interne.





Types d'immobilisation de cheville

Bottes de marche

Bande élastique



Aircast



WALKER aircast



VACO ped



Attelle jambière-postérieure (JP)

