

L'ENTORSE DE LA CHEVILLE ET DES ARTICULATIONS DE LA RACINE
DU PIED

Fréquence des entorses du pied dans le cadre d'une statistique de médecine générale, considérations sur une cause apparemment simple de consultation du point de vue de l'aspect théorique de la profession.

Par Patrick LANDOLT-THEUS

Le médecin généraliste, à son cabinet, est confronté, une fois sur 200 à 300 cas environ, avec une foulure du pied ou entorse de la cheville (1). Le plus souvent, la cause en est un accident sans gravité ou un faux pas, le malade portant des chaussures souples. Le présent travail émanant d'un cabinet suisse de pratique rurale possédant une installation de radiodiagnostic, a pour but de quantifier ce motif de consultation relativement fréquent dans le cadre de la médecine générale. Nous voulons également montrer la complexité de problèmes relativement simples en médecine générale et apprécier correctement, dans le cadre de l'aspect théorique de la profession, les résultats de ces consultations.

D'après R.N. BRAUN, l'entorse du pied correspond à une distension ou à une rupture ligamentaire au niveau de l'articulation de la cheville et des articulations de la racine du pied (Tableau 1) (2) ; pour mon étude, je m'en suis tenu essentiellement à cette définition.

1) Feinstruktur einer Allgemeinpraxis, Schattauer éditeur, 1961.

Lehrbuch der ärztlichen Allgemeinpraxis, Urban & Schwarzenberg, 1970.

2) Non encore publiée. Communication personnelle.

Traduit de l'allemand - Allgemeinarzt 1986, 12, 837-840
Ed Kirchheim Mainz (R F A)

Il s'agit du texte d'une communication lors d'une session de formation "Perfectionnement" avec participation pratique à Bad Soden.

L'entorse du pied correspond aussi bien à des déchirures qu'à des ruptures ligamentaires dans deux territoires voisins, à savoir la zone des articulations de la cheville et celle des articulations de la racine du pied. BRAUN enrichit l'explication de sa conception personnelle de classification de deux remarques importantes :

1. Face à des lésions manifestement bénignes, le médecin peut se contenter d'un examen médical.

2. Si, au bout de 4 jours de mise au repos, aucune amélioration n'intervient, un cliché radiologique doit permettre d'éliminer une lésion osseuse ou une déchirure ligamentaire (une radiographie doit être aussitôt pratiquée au moindre doute de lésion osseuse ou de rupture ligamentaire).

Répartition de l'entorse du pied suivant la fréquence

Les statistiques de BRAUN des années 1955 à 1959 et de 1977 à 1980 et ma propre statistique portant sur une année, entre 1983 et 1984, permettent de savoir quelle est la fréquence absolue et relative de l'entorse de la cheville dans la statistique de l'activité d'un cabinet de médecine générale (Tableau 2). On voit que, au cours des décennies, le nombre de cas traités pour une entorse du pied a augmenté. Alors que, chez BRAUN, l'augmentation était encore peu nette, dans mon enquête personnelle, j'ai enregistré un pourcentage d'entorses presque deux fois plus élevé. Il s'agit peut-être là d'une accumulation de cas due au hasard, qui peut ne pas se retrouver au cours des années à venir, mais il se peut également que mon résultat soit dû au fait que ma clientèle est relativement jeune.

J'ai examiné les 34 cas d'entorses du pied, en fonction de différents critères tels que le sexe, l'âge, la localisation, les données d'examen local, le nombre de ruptures, les signes radiologiques et le traitement (Tableau 3).

TABLEAU 1. Description nosologique de l'entorse du pied (d'après R.N. BRAUN et coll.)

Tableau caractéristique de :

> Elongation ligamentaire

(sans rupture complète)

> Rupture ligamentaire

(déchirure complète)

dans la zone de l'articulation de la cheville et des articulations de la racine du pied à la suite d'un faux pas, d'une torsion du pied, ou d'une glissade, etc.

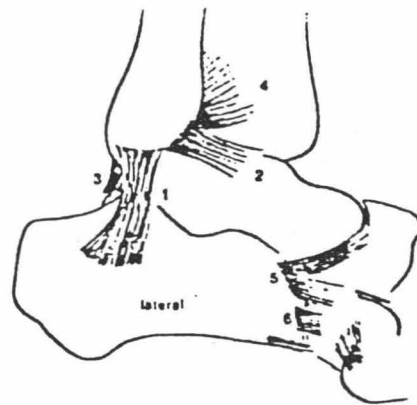
TABLEAU 2. Fréquence de l'entorse du pied au sein de la statistique des cas vus en médecine générale.

	Nombre absolu des résultats de consultations (= 1000 0/00)	Rang	Entorse du pied :	
			Absolu	Pourcentages
R.N. BRAUN				
1955-1959 (4 ans)	8146	53	35	4,3 0/00
1977-1980 (4 ans)	7948	45	45	5,6 0/00
P. LANDOLT-THEUS				
1983-1984 (1 an)	3599	37	34	9,4 0/00

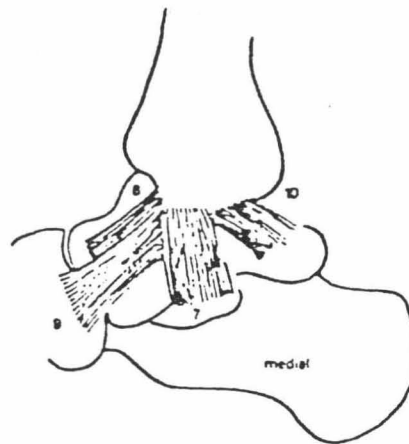
(Tableau d'après P. LANDOLT-THEUS, 1985).

TABLEAU 3. Répartition des 34 cas d'entorse du pied en fonction de :

1. Sexe
2. Age
3. Localisation droite ou gauche
4. Données d'examen local
5. Nombre de ruptures
6. Signes radiologiques
7. Traitement



Vue externe



Vue interne

FIGURE : Ligament collatéraux (pied droit).

1. Ligament péronéo-calcanéen
2. Ligament péronéo-astragalien antérieur
3. Ligament péronéo-astragalien postérieur
4. Ligament péronéo-tibial antérieur et inférieur
5. Ligament en Y (ligaments calcanéo-scaphoïdien et calcanéo-cuboïdien)
6. Ligament calcanéo-cuboïdien
7. Ligament tibio-calcanéen
8. Ligament tibio-astragalien antérieur
9. Ligament tibio-scaphoïdien
10. Ligament tibio-astragalien postérieur

(Origine : Winkel et coll. : Nichtoperative Orthopädie der Weichteile des Bewegungsapparates, 2ème partie, Gustav Fischer éditeur, Stuttgart 1985).

Examen de nos cas personnels

Répartition en fonction du sexe, en tenant compte également de la clientèle : cette répartition ne montre aucune particularité (Tableau 4).

La pyramide des âges des blessés ayant une entorse du pied correspond, de manière surprenante, à celle de la population globale de la clientèle (Tableau 5). Les cas d'entorses du pied se répartissent donc en pratique médicale sur toutes les tranches d'âge d'une clientèle, d'une manière homogène et avec la même fréquence.

Constatations cliniques et localisation droite ou gauche : Dans 16 cas, c'était le pied droit et, dans 18 cas, le pied gauche, qui étaient le siège d'une entorse. Dans 27 cas, l'entorse avec oedème et douleur à la pression se localisait dans la zone latérale de l'articulation de la cheville, dans 6 cas dans le territoire de la partie moyenne du pied, et dans 1 cas au niveau du secteur interne de l'articulation de la cheville.

Examen radiologique : Sur 34 patients, 9 ne furent pas soumis à un examen radiologique en raison d'une lésion manifestement bénigne. Dans 25 cas (soit 76 %), j'ai, avec le générateur de mon cabinet, pratiqué un cliché de face et un cliché de profil et, dans 17 cas (51 %), j'ai fait un cliché dynamique.

Poser l'indication d'un cliché dynamique (cliché à l'effort de face) dans une entorse du pied n'est pas sans difficulté pour un médecin généraliste qui n'a pas une activité radiologique propre, et cette indication résulte le plus souvent d'une intuition, c'est-à-dire d'une expérience et non pas de principes bien clairement définis. Le Tableau 6 de ces indications correspond à ma manière personnelle de faire.

TABLEAU 4. Répartition en fonction du sexe des entorses du pied
n = 34.

Sexe	Entorse du pied	Clientèle
Femme	17 (50 %)	730 (47 %)
Homme	17 (50 %)	821 (53 %)

TABLEAU 5. Nombre de cas d'entorses du pied par rapport à l'importance de la clientèle et par rapport aux différentes tranches d'âge.
(Durée de l'enquête : 1983/84 = 1 an)

Tranche d'âge (années)	Population de malades (n = 1548)	Nombre de cas d'entorses du pied (n = 34)
0-1	-	-
2-6	51	-
7-14	93	4
15-20	150	3
21-30	334	9
31-40	266	7
41-50	200	4
51-60	183	4
61-70	102	1
71-80	116	2
> 80	53	-

Fréquence des ruptures ligamentaires : Une déchirure ligamentaire a été constatée 25 fois (73,5 %) et des ruptures ligamentaires 9 fois (26,5 %). Cela signifie qu'un malade sur 4 ayant consulté à mon cabinet au cours de l'année, considéré comme ayant une entorse du pied, avait une rupture ligamentaire à la hauteur de l'articulation de la cheville. Ce pourcentage me semble surprenant par son importance, et je ne me l'explique pas (Tableau 7).

Traitement : Bien que l'attitude thérapeutique ne soit pas univoque, quelques principes fondamentaux peuvent être dégagés (Tableau 8). Bien entendu, le malade a son mot à dire, en particulier lorsqu'il existe une rupture ligamentaire et que, néanmoins, le malade refuse absolument toute intervention (avec ou sans clichés radiologiques). Dans les "petites entorses", on a eu recours, dans la plupart des cas, au traitement par le froid, à l'électrothérapie, à des anti-inflammatoires par voie générale, et on a mis en place un bandage élastique. Les 9 patients ayant une rupture ligamentaire ont appelé trois types différents de traitement (Tableau 9).

Aspects psychiques : Il faut absolument insister sur les aspects psychologiques du traitement de l'entorse du pied. Certes, ces aspects jouent, dans la plupart des cas, un rôle secondaire, mais on trouve, dans mes 34 cas d'entorses du pied, 2 malades qui, à la suite de leur entorse, ont développé un syndrome de Sudeck, l'un après plâtrage et l'autre à la suite d'une intervention. Le premier de ces malades a présenté une évolution névrotique, et l'autre avait déjà fait auparavant une dépression.

Les facteurs psychologiques jouent un rôle, même chez les malades jeunes, de même que chez les patients d'âge moyen présentant des ruptures ligamentaires. Se posent alors les questions suivantes : une

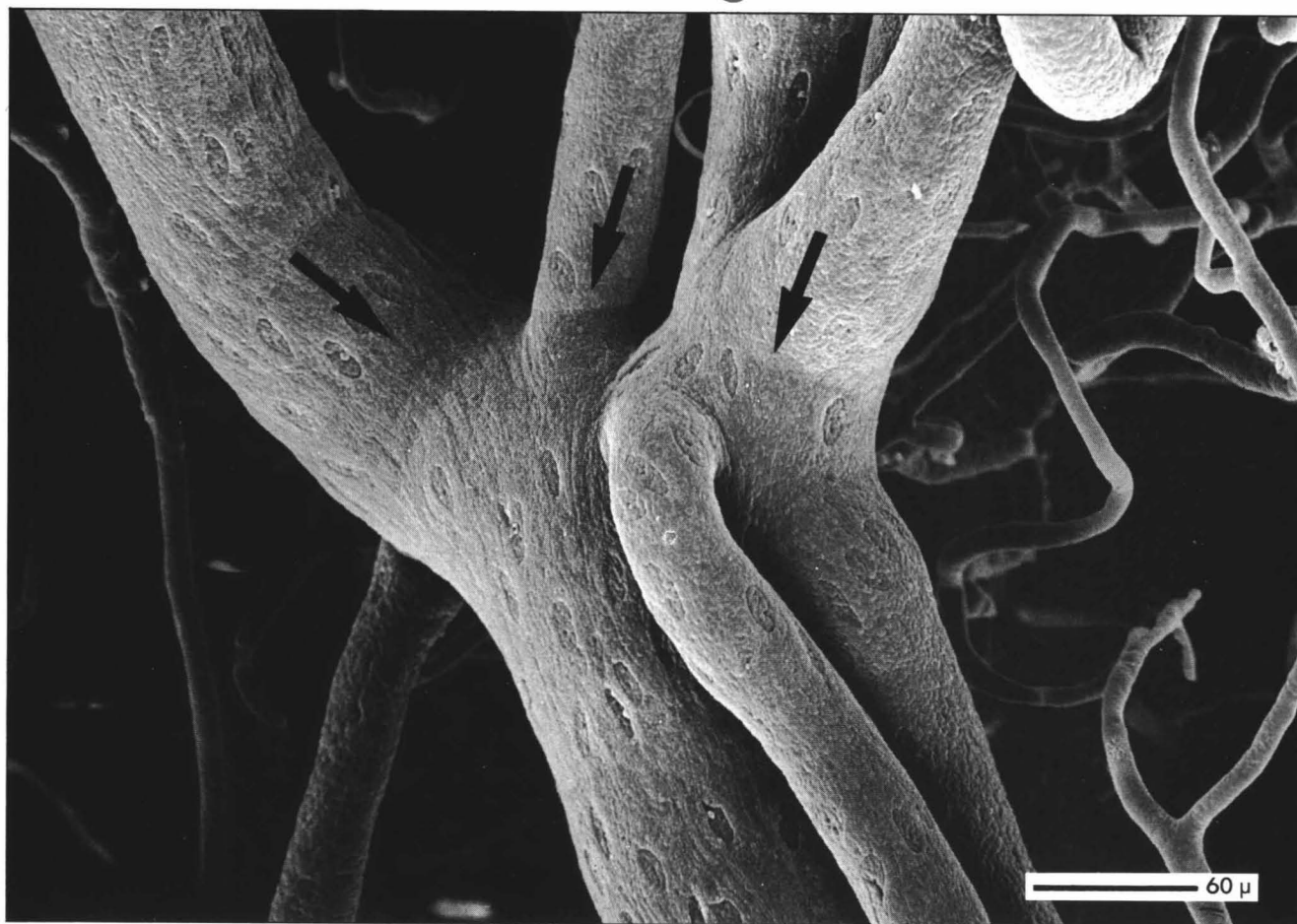
intervention qui n'est pas absolument nécessaire, doit-elle être effectuée ? Si l'on se résoud à une attitude conservatrice, quel traitement alors utiliser ? Quelle influence exercer sur le patient ?

Dans certains cas, s'y surajoutent des difficultés psychiques à type d'inquiétude à l'idée d'une lésion durable, d'angoisse avant une intervention, ou de préoccupations pour l'activité professionnelle.

Complications : Sur les 34 cas, 3 malades ont fait des complications : 2 d'entre eux sont le syndrome de Sudeck déjà mentionné et, dans le 3ème cas, on a assisté, quelques jours après l'entorse, à la constitution d'un tableau de tendinite du dos du pied lésé.

Bien entendu, je ne peux pas prétendre que tous les malades de ma clientèle ayant eu une entorse m'aient consulté. Il ne fait pas de doute qu'il y a également des entorses qui conduisent le malade non pas vers moi en tant que médecin de famille, mais directement au spécialiste.

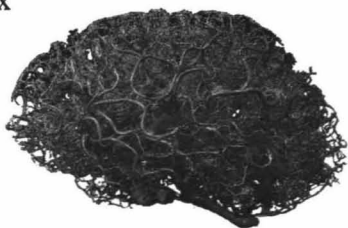
HÉMODYNAMIQUE CÉRÉBRALE ET FACTEURS DE RISQUE VASCULAIRE.



Ce cliché représente une division d'artère pie-mérienne profonde (échelle = 60 μ). Les branches secondaires partent d'une dilatation irrégulière du tronc principal. Les flèches montrent des zones de vasoconstriction à l'origine des branches secondaires. On note les empreintes des cellules endothéliales. Réf. : Brain Research Bulletin. Vol. 11, 1983 H. Duvernoy et coll.

Certains facteurs de risque (artériosclérose, HTA, diabète, hyperlipidémie...) ont pour corollaire une hyperréactivité des parois artérielles cérébrales aux catécholamines et une augmentation des résistances vasculaires.

Le blocage des alpha-récepteurs par



Sermion contribue à réduire cette hyperréactivité et à diminuer l'élévation des résistances artérielles.

Cette activité pharmacologique permettrait ainsi à Sermion d'améliorer les conditions hémodynamiques cérébrales des sujets à risque.



Sermion α -bloquant. nicergoline

Améliore les conditions hémodynamiques cérébrales.

Propriétés. Le Sermion est un α -bloquant qui présente 3 propriétés complémentaires : accroissement du débit artériel, encéphalique notamment ; augmentation de l'utilisation de l'oxygène et du glucose par la cellule cérébrale ; action antiagrégante plaquettaire démontrée in vitro et ex vivo en clinique humaine. **Indications.** Le Sermion est proposé dans : - les troubles relevant d'une pathologie cérébrale d'origine ischémique ; - les manifestations de l'artérite des membres inférieurs. **Effets indésirables.** Très rarement : épigastralgies discrètes ou douleurs à type de crampes ; bouffées vasomotrices et/ou sensations de vertige survenant généralement en orthostatisme. **Posologie.** Habituellement 3 gélules (à avaler telles quelles) ou 3 Lyocs (à prendre après dissolution dans un demi-verre d'eau ou d'une autre boisson) par jour, en 3 prises avant les repas. Coût moyen de traitement journalier : F 5,32 **Présentations.** Tube de 30 gélules dosées à 5 mg de nicergoline. **Prix : F 51,40 + S.H.P. - A.M.M. 314 880-3. Étui de 30 Lyocs dosés à 5 mg de nicergoline. Prix : F 54,20 + S.H.P. - A.M.M. 317 064-2. Pour ces 2 présentations : tableau C - Remb. S.S. 40% - Collectivités. SPECIA Département Cardiovasculaires: 16, rue Clisson - 75636 PARIS CEDEX 13 - Tél. (1) 45.84.11.33.**



Problèmes posés par l'entorse du pied

1. Conseils à donner à de jeunes malades ayant des ruptures ligamentaires.
2. Problèmes psychologiques (anxiété avant l'intervention, préoccupation pour l'activité professionnelle).

"Dans les lésions manifestement bénignes, on peut s'en tenir à un examen clinique.

Si, au bout de 4 jours de mise au repos, aucune amélioration n'intervient, il faut qu'un cliché radiologique permette d'éliminer une lésion osseuse ou une déchirure ligamentaire. Au moindre doute de lésion osseuse, une radiographie doit naturellement être pratiquée immédiatement.

(R.N. BRAUN)

TABLEAU 6. Indications d'un cliché debout en cas d'entorse du pied.

>	Traumatisme important d'après les antécédents ou d'après ce qu'indique le malade "craquements".
>	Et/ou oedème important
>	Douleur ne rétrocedant pas au bout d'une semaine
>	Entorses à répétition et suspicion d'insuffisance ligamentaire
>	Le malade souhaite éliminer une rupture ligamentaire

TABLEAU 7. Evaluation statistique de l'entorse du pied. n = 34.

Localisation :

pied droit	16
pied gauche	18

Données d'examen local :

Face externe de la cheville	27
Partie moyenne du pied	6
Face interne de la cheville	1

Ruptures ligamentaires :

Déchirure ligamentaire	25 (73,5 %)
Rupture ligamentaire	9 (26,5 %)

Signes radiologiques :

(33 reproductibles = 100 %)

De face et latéral 25 (76 %)

De côté 17 (51 %)

TABLEAU 8. Traitement

-
1. Anti-inflammatoires, analgésiques
(comprimés et pommades)
 2. Bandages
 3. Electrothérapie à partir du 3ème jour
-

TABLEAU 9. Traitement des ruptures ligamentaires

1er groupe : intervention

a) au cours des 7 premiers jours (2 cas)

b) au bout de plus d'une semaine (3 cas)

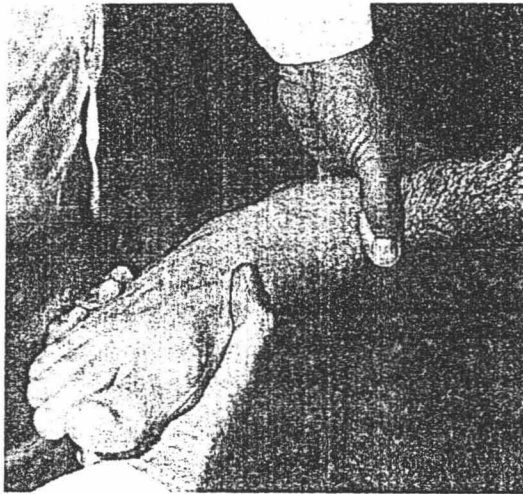
2ème groupe : plâtre

Plâtre de jambe pendant 6 semaines (2 cas)

Groupe bandage :

Bandes élastiques, médicaments (2 cas)

FIGURE : Recherche d'une distension du faisceau péronéo-calcanéen : cette lésion résulte d'un traumatisme avec inversion en varus du pied, et s'associe le plus souvent à une lésion du ligament péronéo--astragalien antérieur.



Conclusion du point de vue théorique de la profession de médecin généraliste

1. Le diagnostic "d'entorse du pied" en tant que classement obligatoire du résultat de la consultation dans la catégorie nosologique de l'entorse du pied peut être posé en médecine générale dans une minorité des cas d'entorses du pied. Cela n'est possible que lorsque l'examen clinique, l'exploration radiologique et l'intervention, permettent une classification obligatoire dans cette catégorie de résultats de consultations.

2. Dans la majorité des cas, l'interrogatoire orienté, les constatations cliniques et l'éventuelle exploration radiologique, sont tellement caractéristiques que l'on peut établir la rubrique de "entorse du pied" dans le sens d'un tableau nosologique. Autrement dit, toutes les constatations faites témoignent d'un tableau nosologique caractéristique, mais celui-ci n'a pas été élucidé (ou n'a pas pu l'être) d'une manière totale par une exploration chirurgicale. Reste la question de savoir s'il n'existe pas néanmoins une rupture ou un petit décollement osseux, ou bien si des lésions n'étaient pas préexistantes. La conséquence à en tirer est évidente : lorsqu'aucun diagnostic dans le sens ci-dessus ne peut être porté, il est fondamental de ne pas perdre le malade de vue et d'observer l'évolution. Si celle-ci, en effet, ne montre pas la régression habituelle des troubles dans le délai d'une semaine, il faut approfondir et élargir la démarche diagnostique, ne serait-ce que par de nouveaux clichés radiologiques ou par une consultation auprès du spécialiste.

3. Dans une autre minorité de cas d'entorses du pied, les antécédents précis et les constatations cliniques, ou bien les deux, ne permettent aucune conclusion pour établir la classification. Ou bien les éléments anamnestiques sont trop peu évidents, le malade ne se souvenant pas d'avoir eu un accident, ou bien les constatations faites sont d'une telle banalité qu'aucune corrélation obligée ne peut être établie avec le concept "d'entorse du pied". Dans ce cas-là, il s'agit uniquement d'un symptôme ou d'un groupement de symptômes, que l'on trouvera dans la statistique de cas sous la rubrique de "Autres blessures légères".

Ce diagnostic de consultations de "entorses du pied" a permis de montrer, de manière globale, quelles sont les conséquences à en tirer lorsque l'on envisage, du point de vue professionnel théorique, un problème de consultation apparemment aussi simple.

Dr Patrick LANDOLT-THEUS
 Artz für Allgemeine Medizin FMH
 CH - 8134 ADLISWIL