

# Douleurs chroniques par conflit après entorse externe de cheville

**Dominique Chauveaux** (CHU Pellegrin, Bordeaux)

**van Dijk CN, Bossuyt PM, Marti RK**

Medial ankle pain after lateral ligament rupture.  
*J Bone Joint Surg Br* 1996 ; 78 : 562-7.

Au cours du traitement chirurgical de 30 patients consécutifs opérés pour rupture du ligament latéral externe de la cheville, les auteurs ont étudié, grâce à un arthroscopie, l'ensemble de la cavité articulaire et, principalement, la gouttière interne à la recherche de lésions chondrales et établi une surveillance secondaire jusqu'à un an.

Le but de l'étude était de déterminer l'origine des éventuelles séquelles douloureuses en dehors d'une instabilité chronique après une entorse grave de la cheville.

La série regroupe 18 hommes et 12 femmes de 25 ans d'âge moyen (extrêmes 18-40) ayant présenté une inversion forcée de la cheville à la marche simple (16 fois) ou lors d'un traumatisme plus sévère (14 fois).

L'indication opératoire reposait sur un accident datant de moins de 48 heures, une arthrographie positive avec issue du produit de contraste et l'absence d'antécédent traumatique de la cheville et de toute lésion traumatique radiologique. L'intervention pratiquée au 8<sup>e</sup> jour, après régression de l'œdème, a permis de mettre en évidence une lésion chondrale dans 21 chevilles, 15 fois au niveau de la pointe ou de la partie antérieure distale de la malléole interne, et 5 fois sur une des berges de l'angle supéro-interne ; un seul cas de lésion de l'angle supéro-externe a été retrouvé. Par ailleurs, 6 corps étrangers purement chondraux ont été relevés, 19 réactions hypertrophiques synoviales posttraumatiques, 9 cordes fibreuses paracapsulaires ont été mises en évidence, mais une seule déchirure partielle du ligament deltoïde a été objectivée.

À un an de recul, aucun des patients ne déplore d'instabilité, mais 10 se plaignent de douleurs résiduelles du côté interne, notamment 7 des 19 patients ayant présenté des lésions cartilagineuses à ce niveau. Les patients sans lésion cartilagineuse initiale sont restés asymptomatiques.

Trois des sujets algiques ont bénéficié d'un traitement arthroscopique secondaire avec nettoyage de la région douloureuse (ablation de drapeaux cartilagineux, résec-

tion de cordes fibreuses, régularisation d'hypertrophie synoviale), avec disparition totale des douleurs et reprise sportive secondaire. Une corrélation statistiquement significative a pu être établie entre la fréquence des lésions chondrales initiales de la malléole interne, dont l'importance est directement liée à la force du traumatisme, avec la survenue de douleurs chroniques du compartiment interne.

*Article original sur un sujet mal connu : l'origine de douleurs chroniques, particulièrement du côté interne, en dehors de tout phénomène d'instabilité, après entorse grave externe de la cheville. Malgré les limites de l'étude dont la méthodologie et l'exposé souffrent d'insuffisances (série limitée, critères de sélection des patients, imprécision sur les lésions ligamentaires initiales éventuellement associées), la lecture de ce travail fait poser un regard nouveau sur les retentissements initiaux et séquellaires des entorses externes de la cheville.*

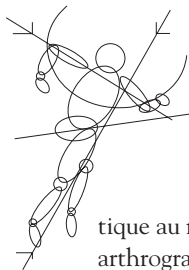
**Pijnenburg AC, Bogaard K, Krips R, Marti RK, Bossuyt PM, van Dijk CN**

Operative and functional treatment of rupture of the lateral ligament of the ankle. A randomised, prospective trial.  
*J Bone Joint Surg Br* 2003 ; 85 : 525-30.

Il s'agit d'une étude prospective, randomisée, comparant le résultat à long terme (recul moyen 8 ans, avec des extrêmes de 6 à 11) de 370 patients ayant bénéficié soit d'un traitement fonctionnel bien « protocolé » (immobilisation par plâtre sans appui durant 5 jours, puis rééducation précoce avec *strapping* durant 6 semaines), soit d'une prise en charge chirurgicale après rupture d'un des éléments ligamentaires externes de la cheville.

L'hypothèse de départ résidait en une supériorité du traitement chirurgical face aux éventuelles instabilités et douleurs résiduelles secondaires.

Les patients sélectionnés sur un traumatisme datant de moins de 48 h, sur l'absence de tout antécédent trauma-



## Douleurs chroniques par conflit après entorse externe de cheville

tique au niveau de la cheville (un examen clinique et une arthrographie positive au 5<sup>e</sup> jour attestant d'une rupture d'un au moins des éléments du ligament latéral externe) ont été orientés vers l'un ou l'autre traitement suivant le caractère pair ou impair de leur semaine d'arrivée.

Les patients ont été revus à la 2<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> semaines, aux 3<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> mois et au plus grand recul et évalués par les scores de Povacz et Good, avec utilisation du score de Tegner pour apprécier le niveau d'activité. Au plus grand recul, sur 317 patients revus (159 à traitement chirurgical et 158 à traitement fonctionnel), 20 % des patients se plaignent de douleurs dans les activités quotidiennes, 38 % d'une palpation douloureuse de la cheville, du côté interne dans plus de la moitié des cas (53 %), 42 % présentent un tiroir antérieur et 25 % se plaignent de sensations d'instabilité. Malgré tout, 78 % des patients sportifs ont repris leur activité.

Comparativement, les résultats sont meilleurs pour le groupe « opérés » (fréquence des douleurs 16 % contre 25 %, existence d'entorses récidivantes 22 % contre 24 %, présence d'une instabilité 20 % contre 32 %) avec un score moyen de Povacz à 26, correspondant à 85 % de bons ou excellents résultats, et 14 % de mauvais résultats pour le groupe « opérés », comparés à un score moyen de 22, 75 % de bons ou excellents résultats et 25 % de mauvais résultats pour le groupe « fonctionnel ».

**La force de cette étude réside dans sa méthodologie adaptée et dans l'importance de la série et de son recul, avec un nombre de perdus de vue limité (14 %) remarquable quand on considère le caractère peu incitatif de fidélisation des patients dans ces lésions, et sur la fréquence rapportée des manifestations séquellaires même si elles restent peu invalidantes.**

**Si les auteurs reprennent des idées qui leur sont chères : importance des douleurs résiduelles après entorse, supériorité du traitement chirurgical des lésions ligamentaires fraîches, ils savent tempérer l'application de celui-ci (coût, risque de complication, disponibilité des locaux opératoires, surcharge de travail des chirurgiens), confirmant que le meilleur traitement n'est pas forcément le plus adapté.**

**Molloy S, Solan MC, Bendall SP**

Synovial impingement in the ankle. A new physical sign.  
*J Bone Joint Surg Br* 2003 ; 85 : 330-3.

Les syndromes d'interposition tissulaire antéro-externe de la cheville constituent une excellente indication de résection sous arthroscopie, principalement en cas d'hypertro-

phie synoviale. Leur sélection clinique face à un tableau de douleurs chroniques et d'instabilité pose toutefois souvent problème.

La manœuvre, présentée ici, a pour but de recréer l'écrasement de la synoviale hypertrophiée entre tibia et talus. *Première phase* sur un patient en décubitus dorsal et en flexion plantaire de cheville relâchée, l'examineur effectue une pression avec le pouce au niveau de la partie antéro-externe de l'interligne talocrural et de la gouttière externe, puis *deuxième phase*, après ablation du pouce et stabilisation du calcaneum par l'autre main, le pied est porté en flexion dorsale. Enfin, *troisième phase*, une manœuvre combinée comparative est effectuée en maintenant la pression du pouce pendant toute la manœuvre de dorsiflexion. Le signe est considéré comme positif si la manœuvre combinée réveille une douleur ou l'intensifie par rapport aux manœuvres initiales. La présence en effet d'une palpation douloureuse à la pression simple n'est pas spécifique d'une douleur due à une interposition synoviale, mais peut être liée à la présence d'une lésion chondrale.

Après une étude sur cadavre objectivant bien l'hypothèse clinique, 73 patients, porteurs de douleurs et/ou d'instabilité chronique après entorse externe, sans laxité externe et devant bénéficier de ce fait d'un geste de résection arthroscopique, ont ainsi été testés en préopératoire et 4 mois après l'intervention. Chez les 41 patients présentant en préopératoire un signe positif, une réaction synoviale d'hypertrophie isolée a été retrouvée 37 fois en peropératoire. En postopératoire, 2 d'entre eux seulement ont gardé un signe positif, tous les autres étant testés comme négatifs, y compris les 6 patients qui présentaient une lésion chondrale associée. Chez les 32 patients testés comme négatifs au départ et qui le sont restés en postopératoire, deux hypertrophies synoviales seulement ont été retrouvées. La sensibilité de la manœuvre est donc de 94,8 % et la spécificité de 88 %.

**Il s'agit d'une utile description clinique permettant d'avancer dans le démembrement du syndrome d'interposition tissulaire externe. Si l'on peut s'interroger sur la méthodologie ayant conduit à 32 arthroscopies « négatives », la démonstration semble suffisamment convaincante pour intéresser tous ceux qui sont confrontés au problème des chevilles posttraumatiques douloureuses.**

**Kim SH, Ha KI**

Arthroscopic treatment for impingement of the anterolateral soft tissues of the ankle.  
*J Bone Joint Surg Br* 2000 ; 82 : 1019-21.

Les auteurs coréens du *Samsung Medical Center* de Séoul rapportent le résultat de 52 patients porteurs de conflit par interposition fibreuse de la cheville après entorse externe traitée par résection arthroscopique.

L'étude porte sur 52 patients : 35 hommes et 17 femmes de 31 ans d'âge moyen, se plaignant de douleurs quotidiennes mécaniques de la gouttière externe. La palpation est retrouvée douloureuse à ce niveau, 9 fois dans la zone du ligament tibiofibulaire, 26 fois au niveau du ligament talofibulaire et 17 fois dans les deux. La gouttière interne a été testée comme algique dans 6 cas. Radiographiquement, 6 chevilles présentaient une anomalie sous la forme de petits ostéophytes sur la berge antérieure du tibia. Par ailleurs, 26 chevilles présentaient un tiroir antérieur (moyenne 8,4 mm) et ont donc été considérées comme instables. Le débridement arthroscopique a été conduit avec une optique de 2,7 mm et un shaver de 3,5 mm. Les composants éventuels d'un syndrome d'interposition externe ont été retrouvés : hypertrophie synoviale dans tous les cas, cordes fibreuses capsulaires (4 fois), hypertrophie de la partie antéro-inférieure du ligament tibiofibulaire (6 fois), méniscoïde-lésion (4 fois). Quatre lésions chondrales de l'angle supéro-externe du talus grade II à IV étaient présentes. Les résultats ont été appréciés à un recul moyen de 30 mois (extrêmes 25 à 45) selon le score de Liu, permettant de classer 40 chevilles comme excellentes, 9 comme bonnes et 3 comme médiocres. Aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvée entre le groupe des chevilles stables et celui des chevilles instables.

En conclusion, les auteurs insistent sur le fait que l'existence ou non d'une laxité chez les sujets fonctionnellement stables depuis une période de 6 mois ne doit pas interférer pour la prise en compte des patients porteurs d'un conflit antéro-externe de la cheville, atteinte pour laquelle le traitement par débridement arthroscopique est particulièrement efficace.

**Point positif, la prise en compte de l'efficacité de l'arthroscopie de la cheville et des problèmes posés par les conflits tissulaires de la cheville posttraumatique dans le journal de chirurgie ostéo-articulaire de référence. Une restriction concernant les conclusions hâtives de la discussion sur l'influence de la laxité qui semble pour le moins contestable.**

#### **Robinson P, White LM**

Soft-tissue and osseous impingement syndromes of the ankle : role of imaging in diagnosis and management.

*Radiographics* 2002 ; 22 : 1457-69 ; discussion 1470-1.

Il s'agit d'une mise au point très didactique sur les quatre syndromes posttraumatiques par conflit de la cheville antéro-externe, antérieure, antéro-interne et postérieure. Pour chaque localisation, des rappels anatomique, étiopathogénique, la symptomatologie clinique, l'apport respectif des différents moyens d'imagerie, les orientations thérapeutiques sont exposés. L'accent est, bien sûr, mis sur les apports respectifs de chaque moyen d'imagerie.

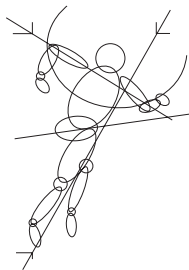
**Pour les conflits antéro-externes** (interposition de tissus mous : hypertrophie synoviale, corde fibreuse cicatricielle, cicatrice hypertrophique du ligament tibiofibulaire), l'IRM seule donne des résultats très variables selon les auteurs (sensibilité 39 à 100 %) et spécificité (50 à 100 %). En revanche, l'arthroscanner et l'arthro-IRM permettaient d'obtenir des taux de 100 % de sensibilité et 100 % de spécificité pour la mise en évidence des anomalies de la gouttière.

**Pour les conflits antérieurs** représentés par les éperons osseux de siège taliens et tibiaux, habituellement attribués aux tractions capsulaires et aux microtraumatismes directs, l'examen radiographique standard reste suffisant.

**Pour les conflits antéro-médiaux** dont l'individualisation est récente, avec présence d'interposition fibreuse dans la gouttière interne, suite principalement à des phénomènes d'inversion, l'association avec les lésions chondrales de la malléole interne est soulignée. Là aussi, les examens de référence sont l'arthro-IRM et l'arthroscanner.

**Quant au conflit postérieur** regroupant syndrome de l'os trigone, syndrome du récessus postérieur, il résulte d'une compression des tissus mous entre la face postéro-supérieure du calcaneum et la face postérieure du tibia en flexion plantaire maximale. La présence d'un processus postérieur développé ou d'un os trigone et celle du tendon du fléchisseur de l'*Hallux* dans le sillon inter-apophysaire talien expliquent les éventuelles expressions cliniques différentes. Si la radiographie standard et le scanner permettent la mise en évidence de toutes les anomalies osseuses, l'IRM représente ici l'examen de référence dans cette pathologie essentiellement extra-articulaire.

**Article très clair, remarquablement illustré, exprimant parfaitement les connaissances actuelles sur l'approche de ces différents syndromes dont l'individualisation doit beaucoup à l'imagerie, ce qui explique le recours à un journal de radiologie. On peut simplement regretter la faible part réservée à l'échographie dont la contribution est désormais certaine à ce niveau.**



## Douleurs chroniques par conflit après entorse externe de cheville

### Synthèse

**Dominique Chauveaux** (Bordeaux)

Les progrès de l'imagerie et le développement de l'arthroscopie de cheville ont permis de mieux cerner l'origine des douleurs chroniques par interposition tissulaire de la cheville après entorse externe. Leur fréquence ainsi que leurs retentissements avaient été sous-estimés si l'on considère les actuelles données sur ce type de traumatisme : une entorse pour 10 000 personnes et par jour dont 10 à 20 % présentent au moins une rupture du faisceau antérieur talofibulaire et dont une proportion non négligeable (20 %) de ces dernières restera douloureuse dans la vie quotidienne à moyen terme. Ces douleurs, au contraire de ce que préconisait Liu, peuvent être dissociées de l'existence d'une véritable laxité et instabilité ligamentaires. Elles s'accompagnent d'une appréhension fonctionnelle qui, toutefois, dans la grande majorité des cas, ne remet pas en cause l'avenir sportif de la cheville, notion mieux connue actuellement.

Leur localisation, après traumatisme en inversion, se distribue à peu près également entre le compartiment externe – siège des séquelles cicatricielles des lésions des ligaments tibiofibulaires antérieurs, talofibulaires, des proliférations fibreuses para-capsulaires et des hypertrophies synoviales – et le compartiment interne – siège préférentiel et quasi-exclusif des lésions chondrales faisant le lit de réactions fibro-synoviales secondaires.

Les localisations antérieures, représentées par une prolifération ostéophytique, séquelles d'arrachement capsulaire lors du mécanisme d'inversion, sont rares et ont l'avantage de leur facile mise en évidence clinique et radiologique. Les conflits postérieurs, d'individualisation récente, s'expliquent par les conséquences d'un traumatisme au niveau d'un espace restreint comprenant tubercules osseux postérieurs taliens, tendon fléchisseur de l'*Hallux*, éventuel os trigone, ligament postérieur intermalléolaire, ligament talofibulaire postérieur.

La survenue de ces douleurs ne remet pas en cause, pour leur prévention, la primauté du traitement fonctionnel de première intention, dans les ruptures confirmées du ligament latéral externe, le bénéfice du traitement chirurgical restant insuffisant face aux notions de sécurité, confort du patient et de coût.

Le débridement endoscopique avec plus de 80 % de bons ou excellents résultats, si l'on excepte les chevilles à

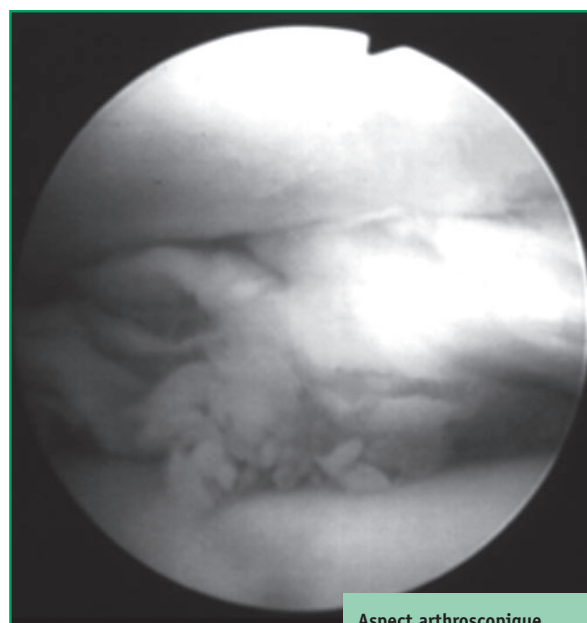
lésions ostéochondrales associées, assure une thérapeutique efficace, résultat confirmé par l'étude multicentrique française du récent symposium de la SFA. Il doit être conduit par voie intra-articulaire pour toutes les localisations antérieures, et par voie extra-articulaire, qui n'exclut pas une voie postérieure intra-articulaire complémentaire, pour toutes les localisations postérieures.

En pratique, face à des manifestations douloureuses séquellaires chroniques après traumatisme en inversion, le praticien devra penser aux lésions d'interposition des tissus mous et ne pas être surpris par la présence de localisations antéro-internes, voire postérieures. La réalité du conflit par interposition de tissus mous, soupçonnée sur la douleur, l'appréhension, sera étayée par un examen clinique reproduisant les conditions de l'interposition, la recherche d'un empatement douloureux, le recours éventuel à une infiltration anesthésique. La présence d'une laxité ligamentaire sera notée.

Un examen radiographique systématique permettra d'affirmer le conflit osseux antérieur et d'objectiver une lésion ostéochondrale dont la présence modifie le pronostic. La pratique de clichés en stress révélera l'existence éventuelle d'une laxité. Complémentairement, un arthroscanner ou une arthro-IRM seront prescrits pour l'affirmation des lésions antéro-externes, antérieures, antéro-médiales, et une IRM pour les lésions postérieures à prédominance extra-articulaire.

### Pour en savoir plus

**Annales de la Société Française d'Arthroscopie – L'arthroscopie de cheville.** Sauramps, Montpellier, 1998.



Aspect arthroscopique d'une interposition tissulaire de la cheville.

© DR