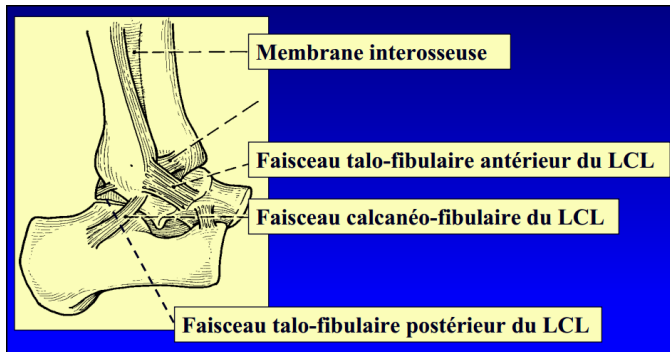
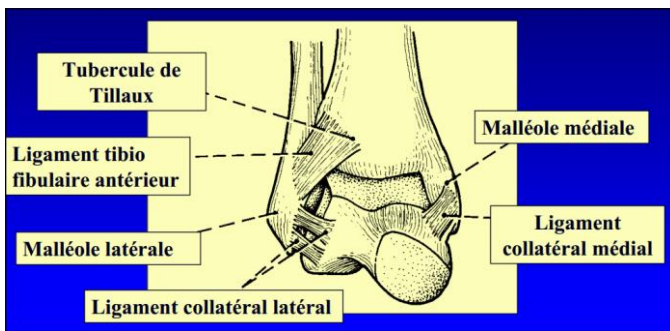


L'ENTORSE DE CHEVILLE – APPROCHE OSTEOPATHIQUE

1-Rappel anatomique et physio-pathologique



Le ligament latéral externe est formé de 3 faisceaux

Faisceau antérieur : orienté en avant et en bas. Ce faisceau est 2 à 3 fois plus **fragile** que les autres. Il se tend en flexion plantaire, se détend en flexion dorsale. Il se tend au maximum lors de l'**inversion du pied**. Il est alors soulevé par la facette péronière de l'astragale, qui s'antériorise et se déjette légèrement en dehors.

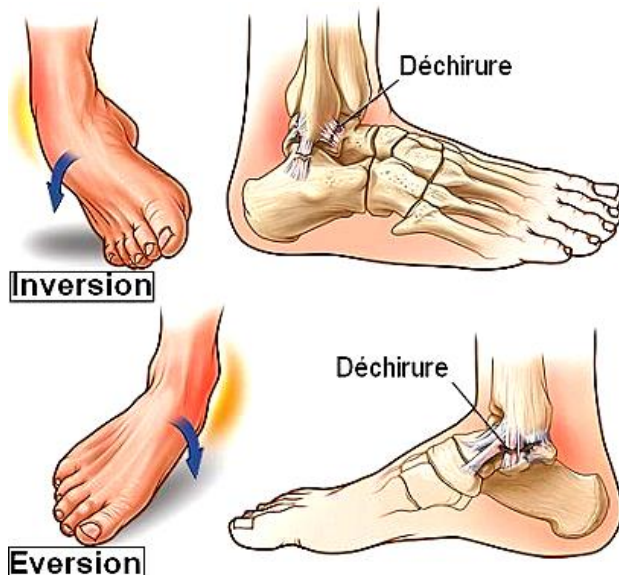
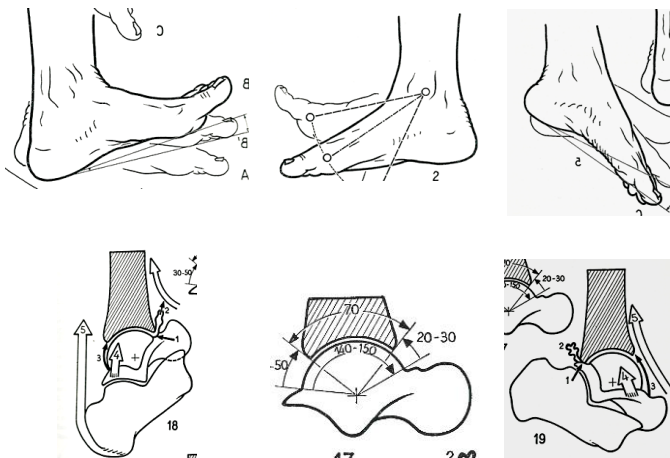
Sa section provoque une subluxation antéro-externe de l'astragale si le pied placé en inversion

Faisceau moyen: péronéo-calcanéen. Renforcé par passage du tendon du court péronier latéral.

Se tend en varus pur. Sa section n'entraîne pas d'instabilité tibio-tarsienne, mais une instabilité sous-astagalienne.

Faisceau postérieur: se tend en flexion dorsale. La section des 3 faisceaux entraîne une instabilité majeure

2- Rappel de physiologie articulaire en images



Interrogatoire et examen clinique

L'entorse de cheville concerne presque toujours un **homme jeune et d'âge mûr**. Après 60 ans la fracture de la malléole externe devient plus fréquente que l'entorse.

Toujours rechercher un ou plusieurs **épisodes analogues antérieurs**, en raison de la fréquence de l'instabilité chronique.

Douleur en 3 phases: d'abord fulgurante, puis sédation partielle ou totale, puis reprise douloureuse.

Oedème, échylose (œuf de pigeon)

Impotence fonctionnelle d'intensité variable.

Signes de gravité:

- craquement audible,
- sensation de déchirure,
- sensation de liquide chaud interne,
- douleur insomnante,
- « œuf de pigeon » des 2 zones pré et sous-malléolaires, d'apparition précoce

Éliminer une fracture au moindre doute par la radio:

- malléole externe
- 5° métatarsien
- scaphoïde.

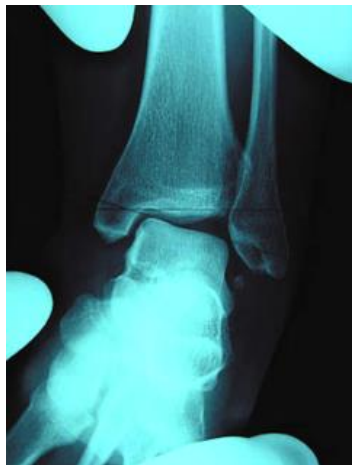
3- Signes cliniques et radiologiques de gravité



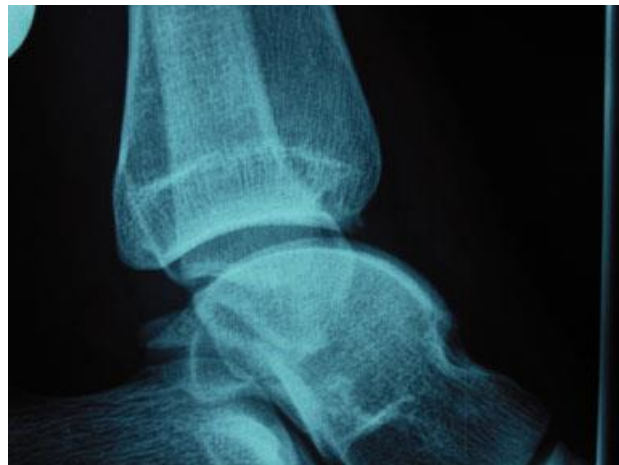
Bâillement astragalien externe



Tiroir astragalien antérieur



Radio en valgus forcé



Radio en tiroir antérieur

4- Traitement

Classique : contention par **attelle amovible**, de durée variable (8 à 21 jours), selon la gravité de l'entorse



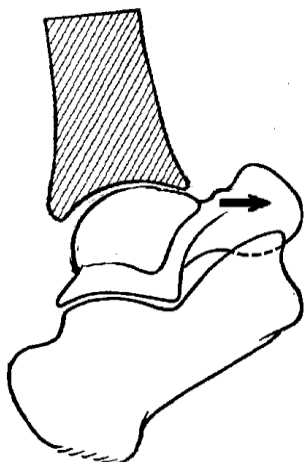
L'efficacité de la contention est surtout liée au maintien en place de l'orthèse **jour et nuit**, ce qu'il ne faudra pas omettre de dire au patient...

5-Approche ostéopathique

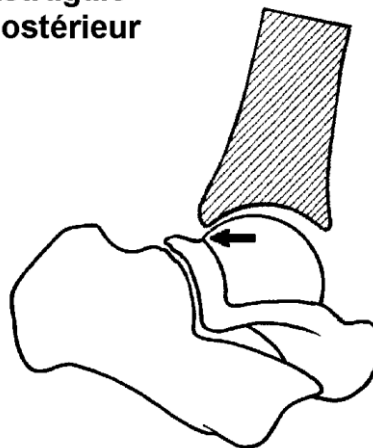
La médecine manuelle ostéopathique a **peu de place à la phase aiguë de l'entorse** : il s'agit d'un traumatisme. Le contexte est donc très inflammatoire et hyperalgique. Il est impossible et de toute manière illusoire de vouloir diagnostiquer une dysfonction à ce stade, marqué par l'hyper-mobilité en raison de la lésion anatomique

ligamentaire. En revanche, l'ostéopathie trouve toute sa place à la phase secondaire cicatricielle de l'entorse, marquée par la raideur articulaire de la cheville et du complexe de l'arrière-pied. Lors de cette phase, il apparaît une ou plusieurs **restrictions de mobilité articulaire résultant de rétractions capsulo-ligamentaires et musculaires**. L'examen du patient établit une évaluation de manière toujours bilatérale et comparative. Les deux schémas ci-dessous représentent les dysfonctions astragaliennes résultant de ce mécanisme.

Astragale Antérieur



Astragale Postérieur



Si limitation de la postériorisation de l'astragale lors de la flexion dorsale = **astragale « antérieur »**.

Si limitation de l'antériorisation de l'astragale lors de la flexion plantaire = **astragale « postérieur »**.

6- Tests de mobilité ostéopathiques de la cheville : plusieurs lésions peuvent être retrouvées simultanément.

Ces associations lésionnelles découlent du fonctionnement biomécanique du complexe articulaire associant la tibio-tarsienne et la péronéo-tibiale inférieure.



Test global en **flexion**



Test global en **extension**



Tests de **glissement** spécifiques de l'astragale



Tests de **glissement en décoaptation** préalable



Tests spécifiques de **glissement antérieur et postérieur de la malléole externe**

Résultat des tests bilatéraux et comparatifs de l'articulation péronéo-tibiale inférieure :

Si limitation du glissement antérieur = **malléole externe « postérieure »**. Cette lésion accompagne un astragale antérieur.

Si limitation du glissement postérieur = **malléole externe « antérieure »**. Cette lésion accompagne un astragale postérieur.

7-Quelques exemples de corrections structurelles :

Toute correction structurelle sera précédée de manœuvres de **mobilisations et d'étirements rythmiques du membre inférieur** (traitement général ostéopathe). Nous ne décrivons ici que quelques exemples en images, mais il convient systématiquement **d'associer l'examen du genou et du complexe lombo-pelvi-fémoral**, car une entorse de cheville retentit souvent sur les articulations sus-jacentes, en particulier en cas d'entorses à répétition. On testera aussi bien sur la **mobilité de la sous-astragalienn**e, souvent enraidie dans les suites d'immobilisation prolongée et souvent négligée lors de la rééducation, alors que son rôle proprioceptif est majeur. On replace ainsi la lésion locale dans la globalité structurelle du patient.



Technique de correction **astragale antérieur**



Technique de correction **astragale postérieur**



Correction d'une **malléole externe antérieure** (fouet)



Correction d'une **malléole externe postérieure** (marteau)



Correction structurelle **sous-astragalienn**e



Correction d'une **tête de péroné antérieure**

8- Conclusion

Les suites d'entorse de cheville constituent une excellente indication d'ostéopathie, à condition **d'éliminer une hyper-laxité de la cheville**, pouvant être responsable d'un syndrome d'instabilité chronique. Toute manipulation est alors contre-indiquée, car elle aggraverait la laxité. Ce syndrome nécessite une rééducation fonctionnelle musculaire et proprioceptive prolongée, voire parfois une chirurgie orthopédique à visée stabilisatrice, dans les cas extrêmes.

Dans tous les autres cas, comme les suites d'entorse bénigne ou de gravité moyenne avec raideur résiduelle, les techniques ostéopathiques sont précieuses car elle permettent de **lutter contre la douleur** et de **restituer une mobilité** indispensable à la **fonction proprioceptive** de ce complexe articulaire, si précieux pour la posture.