

Entorse grave de la cheville poser un plâtre plutôt qu'un bandage



Dr Faramarze Dehnade

Le traitement le plus efficace d'une entorse grave de la cheville ? Ce ne sont pas les bandages de compression, mais plutôt le plâtre. Une courte période d'immobilisation accélère la guérison, viennent de prouver des chercheurs britanniques dans le *Lancet*¹.

Le Dr Faramarze Dehnade, chef du Service d'orthopédie du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, traite déjà ses patients ainsi. « Une entorse grave est une rupture des ligaments. La meilleure façon d'obtenir

une guérison est de rapprocher les ligaments et de les immobiliser. Après deux semaines, on peut enlever le plâtre. Personnellement, je trouve qu'une entorse de degré 2 ou 3 est aussi importante qu'une fracture, parce qu'elle menace la stabilité de la cheville.

Comparaison de quatre traitements

À l'Université de Warwick, en Grande-Bretagne, le Dr S.E. Lamb et ses collaborateurs ont comparé l'efficacité de trois traitements à celle d'un bandage de compression pour soigner une entorse grave de la cheville :

- un plâtre que le patient doit garder dix jours et qui part de la tubérosité tibiale jusqu'à la base des orteils ;
- la botte Bledsoe, amovible et légère, qui est conçue pour limiter les mouvements dans tous les axes. Elle possède également une plaque d'appui pour faciliter la marche ;
- l'orthèse Aircast qui soutient la cheville et exerce une compression ciblée. Elle permet la flexion plantaire et dorsale du pied, tout en limitant les mouvements, comme les inversions et les éversions, qui causent les foulures.

Le bandage de compression, quant à lui, était appliqué en une double couche allant de la tubérosité tibiale jusqu'à la base des orteils. Il comprimait la

cheville et permettait des mouvements dans tous les axes.

Les chercheurs ont recruté, dans huit urgences, 584 patients souffrant d'une grave entorse à la cheville. Pendant les deux ou trois premiers jours, la cheville des blessés a été immobilisée par un bandage de compression et surélevée pour réduire l'œdème. Les sujets recrutés, qui devaient être incapables de s'appuyer sur leur pied au moins trois jours après la blessure, ont été répartis de manière aléatoire dans les quatre groupes de traitement (*tableau*).

Les chercheurs ont envoyé aux sujets un questionnaire par la poste un, trois et neuf mois plus tard. Le critère de jugement principal était le fonctionnement de la cheville, mesuré au bout de trois mois par le *Foot and Ankle Score*, qui évalue la douleur, les symptômes ainsi que la capacité de faire des activités quotidiennes et de pratiquer des sports.

Moins de douleur et moins de symptômes avec un plâtre

Les sujets qui ont eu un plâtre ont guéri plus rapidement. Au bout de trois mois, leur cheville fonctionnait beaucoup mieux que celle des participants qui avaient un bandage de compression. Ils ressentaient moins de douleur, présentaient moins de symptômes et avaient davantage repris leurs activités. « Contrairement à ce que croyait l'opinion clinique populaire, une période d'immobilisation a été la stratégie la plus efficace pour permettre un rétablissement rapide », constatent les chercheurs. Cependant, ce traitement n'a pas séduit tous les patients : huit l'ont refusé d'emblée.

L'orthèse Aircast a été plus populaire. Elle a été acceptée par tous les participants à qui elle avait été assignée, sauf un. Ce traitement n'a pas eu un effet aussi bénéfique que le plâtre, mais il a permis d'obtenir une amélioration similaire du fonctionnement de la cheville au bout de trois mois. « L'orthèse Aircast est une solution de rechange valable pour remplacer le plâtre », estiment les auteurs.

La botte Bledsoe, elle, n'offrait pas d'avantages par

1. Lamb SE, Marsh JL, Hutton JL et coll. Mechanical supports for acute, severe ankle sprain: a pragmatic, multicentre, randomised controlled trial. *Lancet* 2009 ; 373 : 575-81.

rapport au bandage de compression et était beaucoup plus chère. Elle a cependant été acceptée par tous les sujets qui devaient la mettre, sauf un. Le bandage de compression, quant à lui, a été refusé par quatre participants. Ce traitement s'est par ailleurs révélé le moins efficace de tous pendant les trois premiers mois. Toutefois, au bout de neuf mois, il n'y avait plus de différence entre les quatre méthodes.

Effectuer un bon examen physique

Les foulures graves mal traitées ont des répercussions à long terme. « Les patients restent ensuite avec des problèmes d'instabilité chronique et font des entorses à répétition », explique le D^r Dehnade. Souvent, dès le départ, un mauvais diagnostic a été posé. « Quand la radiographie ne montre rien, beaucoup de médecins estiment qu'il s'agit d'une entorse simple et ne mettent qu'un bandage. »

Il est souvent difficile de distinguer une entorse moyenne d'une entorse grave. « Il faut faire un examen clinique. On doit chercher les ligaments du côté externe et interne pour voir s'ils sont partiellement ou complètement rupturés. Si un ligament présente un œdème important et cause de la douleur, et s'il y a des signes d'instabilité, l'entorse est grave. Les tests comme la radiographie simple, cependant, ne donnent pas beaucoup de renseignements. Quelques fois, il faut faire des examens sous stress pour savoir si un ligament est touché ou complètement déchiré. Il faut également chercher la présence du signe du tiroir. On prend le pied pour voir si la cheville n'a pas tendance à aller en avant », explique le spécialiste.

La technique utilisée dans l'étude pour déterminer la gravité de l'entorse, qui est de mettre du poids sur

Tableau.
Les quatre groupes de traitement

584 participants				
	Bandage de compression	Plâtre	Orthèse Aircast	Botte Bledsoe
Nombre initial de sujets	144	142	149	149
Nombre de sujets ayant reçu le traitement	140	119	148	148
Nombre de sujets ayant refusé le traitement	4	8	1	1
Nombre de sujets dont les données ont été obtenues à la 12 ^e semaine	119	116	121	125

le pied, n'est pas tellement fiable selon le D^r Dehnade. « Le seuil de la douleur n'est pas le même chez tous les patients. Certains souffrent d'une entorse simple et arrivent en béquilles, alors que d'autres présentent une entorse grave et marchent sur leur cheville. »

Faut-il attendre trois jours, comme dans l'essai clinique, avant de mettre le plâtre ? « Si le patient a beaucoup d'œdème et que la pose d'un plâtre risque de compromettre la circulation, oui. Par contre, si la cheville n'est pas œdématisée, on peut mettre un plâtre immédiatement. » Le problème est de faire accepter le traitement au patient. « Les trois quarts des gens considèrent que leur blessure n'est pas grave si ce n'est pas une fracture. » Il faut donc prendre le temps de bien expliquer les avantages du plâtre.

Et l'orthèse Aircast ? Elle était le deuxième choix des chercheurs. « Personnellement, je n'ai aucune expérience avec l'Aircast. Mais si elle permet une bonne immobilisation, elle peut constituer un bon traitement », répond le D^r Dehnade.

Il ne faut donc pas sous-estimer l'importance des entorses. « En orthopédie, nous voyons les entorses de la cheville souvent trop tard. Quand on rencontre le patient, il a toujours des problèmes, parce que sa cheville a été initialement mal stabilisée et mal traitée. »