

La cheville

Article réalisé par le Docteur LABALUE Licencié en Médecine du Sport - Service des Consultations et Environnement de Liège – Département Médecine du Sport.

LA CHEVILLE, UNE ARTICULATION CAPITALE A PRESERVER CHEZ LE SPORTIF

INTRODUCTION

La cheville est une articulation qui supporte tout le poids du corps. Elle est particulièrement importante pour tous les sports en charge.

Son altération est souvent responsable de l'arrêt définitif du sport chez de nombreux footballeurs.

Des anomalies au niveau de cette articulation de même que les troubles statiques plantaires peuvent avoir des répercussions néfastes sur d'autres articulations en amont, le genou, la hanche, le bassin et même le rachis.

Après une description succincte de la cheville nous verrons les principales pathologies telles que les entorses invalidant le sportif.

Nous envisagerons les traitements et surtout parlerons de prévention afin de la garder en bon état le plus longtemps possible.



RAPPEL ANATOMIQUE

La cheville comporte 3 articulations :

- La tibio-tarsienne entre le tibia et l'astragale.
- L'astragalo-calcaneenne entre l'astragale et le calcaneum encore appelée sous-astragaliene.
- La tibio-péronière inférieure.

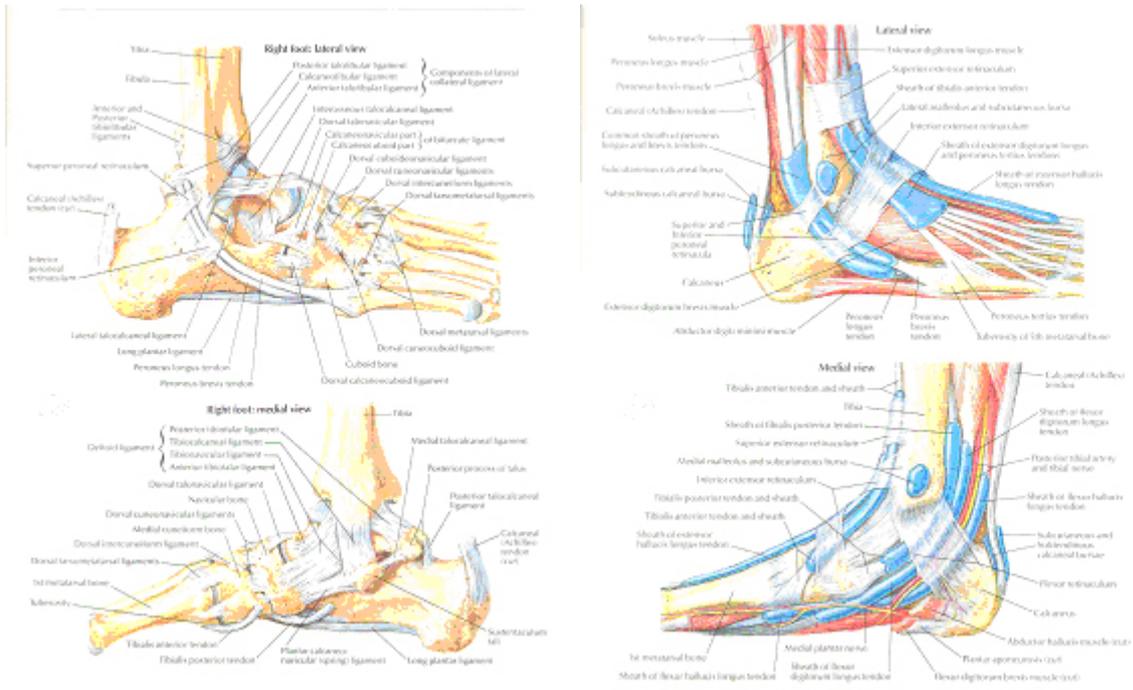
Des ligaments maintiennent les os entre eux :

- Le ligament latéral externe qui comporte 3 faisceaux :
 - o Le péronéo-astragalien antérieur.
 - o Le péronéo-calcaneen ou faisceau moyen.
 - o Le péronéo-astragalien postérieur.
- Le ligament latéral interne qui comprend également 3 faisceaux.

Les muscles en se contractant permettent à l'articulation de se mobiliser.

Les mouvements de la cheville sont :

- La flexion dorsale grâce à l'action essentiellement du tibial antérieur et des extenseurs des orteils.
- La flexion plantaire grâce à l'action essentiellement du triceps sural et des fléchisseurs des orteils.
- La pronation abaisse le gros orteil grâce essentiellement aux péronés latéraux.
- La supination, mouvement inverse dû essentiellement au triceps sural.



PATHOLOGIES

Les plus fréquentes pathologies de la cheville sont **LES ENTORSES** c'est-à-dire la torsion de l'articulation vers l'intérieur (varus) ou vers l'extérieur (valgus).

La plus fréquente est l'entorse en varus avec atteinte du ligament latéral externe (LLE). L'extrémité inférieure du péroné subit parfois en même temps un arrachement osseux.

Cliniquement on assiste à une douleur vive importante au niveau de la malléole externe avec d'emblée une impotence fonctionnelle majeure et un gonflement de cette malléole qui évoque l'atteinte du LLE. On assiste parfois à la vision d'un véritable « œuf de pigeon » sur la malléole externe.

On distingue 3 stades selon la gravité :

Le stade 1 qui est un étirement du faisceau antérieur. L'évolution est rapidement favorable.

Le stade 2 avec étirement du faisceau moyen et parfois déchirure. Elle s'accompagne souvent d'une instabilité sous-astragalienne.

Le stade 3, la rupture est complète avec un mouvement en varus supérieur à 15° et un tiroir sous-astragalien. L'entorse en valgus est plus rare, elle s'associe parfois à une fracture du péroné ou de la malléole externe. Elle est parfois plus grave également et s'accompagne aussi d'instabilité de la cheville.

AUTRES PATHOLOGIES :

On retiendra la **tendinite d'Achille** qui est une inflammation du tendon d'Achille à son insertion proche du calcaneum.

La rupture de ce même tendon d'Achille est parfois confondue avec une entorse. Le diagnostic différentiel est important à faire car le gonflement de la cheville est parfois impressionnant lors d'une déchirure de ce tendon. Le diagnostic peut se faire en se tenant sur la pointe des pieds, position impossible si le tendon est rompu.

Les fractures de fatigue ou de stress au niveau des métatarsiens ou encore du scaphoïde tarsien, pathologie rencontrée souvent chez les coureurs de fond lorsqu'on assiste à une augmentation rapide de la distance de course.

L'arthrite de la cheville souvent observée lors de pathologies rhumatismales telles que polyarthrite, goutte, etc.

L'arthrose est fréquente au niveau de la cheville et est souvent le résultat d'une évolution à long terme des pathologies reprises ci-dessus, souvent des entorses à répétition.

Le syndrome de la queue de l'astragale est une atteinte de l'extrémité inférieure de l'astragale souvent séquelle d'entorses.

Il y a une douleur à l'arrière de la cheville, douleur accentuée par le mouvement forcé de flexion plantaire. L'extrémité postérieure de cet astragale est parfois fracturée.

TRAITEMENT

Les entorses de cheville avec déchirure du LLE étaient souvent opérées jusqu'il y a une dizaine d'années d'ici chez les sportifs de haut niveau surtout lorsque la laxité en varus était supérieure à 15° ou 20°. Il a été prouvé qu'à long terme il n'y avait aucun avantage à ce traitement chirurgical par rapport au traitement conservateur avec une rééducation optimale.

Que faire en cas d'entorse de cheville ?

En aigu, c'est-à-dire immédiatement après la torsion de la cheville, il faut appliquer de la glace durant 20' plusieurs fois /jour et respecter un repos complet, cheville surélevée, c'est-à-dire avec membre inférieur surélevé à plus de 45° et prise d'antalgiques (médicaments anti-douleurs tels que du Paracétamol). Après 48 à 72 h une contention de type taping ou Aircast apporte beaucoup plus de bénéfice qu'une immobilisation plâtrée. Cette contention permet au sportif de marcher et de garder des mouvements de flexion/extension et évite les mouvements de pronation-supination néfastes pour les ligaments.

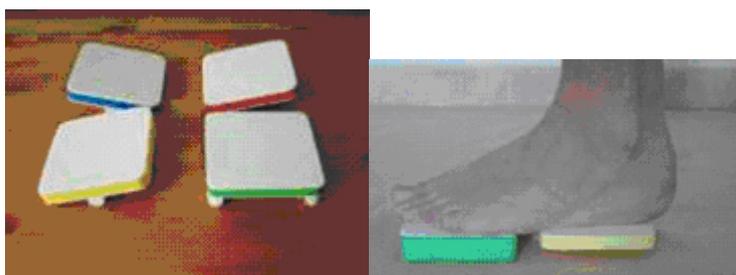
Une kinésithérapie avec physiothérapie adaptée est également utile.

En cas d'immobilisation plâtrée, ce qui est rarement le cas, une prévention par injection de HBPM est indispensable (piqûre destinée à éviter une thrombophlébite).

Celle-ci est souvent conseillée même avec le port de tape. Des thrombophlébites ont déjà été décrites dans ces situations.

La reprise sportive est autorisée après 4 à 6 semaines avec un tape préventif lors de la reprise de la compétition.

La proprioception est capitale sur plans stables et instables.



(Concernant la proprioception et ses techniques, la lecture de cet article en ligne peut être conseillée www.fmtmedical.com/fmt_70/technique.html)

PREVENTION

La proprioception est effectivement indispensable après une entorse de cheville. Elle vise à renforcer les muscles qui s'insèrent de part et d'autre de la cheville et fait en sorte qu'une contraction musculaire réflexe à la moindre torsion évite une entorse.

Cette proprioception est capitale pour les chevilles instables et doit se pratiquer régulièrement.

Les instabilités de cheville sont effectivement une complication fréquente des entorses et le meilleur moyen de lutter contre est une rééducation adaptée idéalement chez le kinésiste.

A domicile les sportifs peuvent également se rééduquer tout d'abord sur plan stable. Il faut tenir en équilibre sur le pied lésé puis sur la pointe du pied et tenter de rester en équilibre lorsqu'on se fait déstabiliser.

Après un travail réalisé sur plan stable on passe à un plan instable c'est-à-dire sur une planche supportée par 2 demi-sphères.

Sur terrain de sport également les sujets aux chevilles instables et en rééducation après une entorse doivent s'entraîner à courir sur un pied en avant, en arrière et latéralement en plus des exercices proposés lors des séances d'entraînement classique.

Le port de bonnes chaussures est également important pour les sports en salle et la course à pied.

Le dépistage des troubles statiques plantaires ou dynamiques peut également orienter vers le port de semelles orthopédiques.

Une bonne assise de la cheville peut éviter des problèmes articulaires plus haut situés.



Dr. Ph. LABALUE,
Licencié en Médecine du Sport.