

MESOTHERAPIE ET ENTORSES DE LA CHEVILLE

D. Laurens

(Service de Médecine Physique et de Réadaptation, Professeur Michel Perrigot)

(Hôpital de la Salpêtrière 75634 PARIS CEDEX 13)



Denis Laurens

RESUME

Les entorses de la cheville nécessitent un diagnostic précis permettant d'évaluer précisément l'importance des lésions ligamentaires et le stade de gravité. Il faut systématiquement rechercher des dérangements articulaires de la fibula et du talus qui en cas de méconnaissance entraîneront des séquelles douloureuses avec épisodes de récurrence. Les examens complémentaires seront prescrits selon les critères d'Ottawa.

Le traitement fonctionnel associé à la mésothérapie aura pour but de retrouver le plus vite possible une cheville stable et indolore.

Les mélanges mésothérapeutiques reposeront essentiellement sur l'étamsylate pour traiter l'œdème et l'arnica 4DH pour résorber l'hématome.

On utilisera une technique mixte associant le point par point et la mésothérapie épidermique.

Les séquelles d'entorse seront de 3 ordres : algodystrophie, œdème résiduel et instabilité.

SUMMARY

MESOTHERAPY AND SPRAINS OF ANKLE

The sprains of ankle require a precise diagnosis making it possible to precisely evaluate the importance of the ligamentary lesions and the stage of gravity. It is systematically necessary to seek articular disturbances of the fibula and the talus which in the event of ignorance will involve painful sequelae with episodes of repetition. The complementary examinations will be prescribed according to criteria's of Ottawa. The purpose of the functional treatment associated the mesotherapy will be to find as quickly as possible ankle stable and painless. The mesotherapeutic mixtures are primarily etamsylate to treat the oedema and arnica 4D to reabsorb the hematoma. One will use a mixed technique point by point associating and the epidermic mesotherapy. The sequelae of distorsion will be of 3 types: algodystrophy, residual oedema and instability.

I - INTRODUCTION

Les entorses de la cheville sont des pathologies fréquentes aussi bien en pratique sportive que dans la vie de tous les jours.

L'examen clinique doit être précis et complet afin de déterminer le stade de l'entorse et la nécessité de pratiquer des examens complémentaires. Le traitement est actuellement bien codifié et visera à une restitution ad intégrum des structures ligamentaires et articulaires lésées.

II- PHYSIOPATHOLOGIE

On dénombre plusieurs types d'entorses de cheville:

- Tibio-fibulaire inférieure,
- Talo-crurale :
 - externe,
 - antérieure,
 - interne.
- Sous taliennne,
- Transverse du tarse.

Nous allons prendre comme exemple l'entorse talo-crurale externe (4) :

Elle concerne le ligament collatéral latéral.

Le mouvement lésionnel est en inversion avec varus équin.

Le plus souvent seul le faisceau antérieur sera touché, toutefois il faudra rechercher minutieusement une atteinte des autres faisceaux et notamment du faisceau moyen car il est calcanéo-fibulaire sans attache sur le talus.

III- EXAMEN CLINIQUE

L'examen clinique (3) comporte les phases habituelles : inspection, palpation des insertions ligamentaires, recherche de mouvements anormaux, tests isométriques et mise en évidence de dérangements articulaires de la fibula vers le haut et du tibia vers l'avant par rapport au talus.

Ces subluxations s'expliquent par le mouvement de l'entorse elle-même. En effet lorsque le faisceau antérieur se distend ou se déchire il libère la fibula qui se déplace vers le haut, la tête de la fibula ne pouvant se déplacer vers le haut à cause du plateau tibial, se déplacera soit en avant soit en arrière selon la position du genou lors de l'entorse.

Dans le même temps le pied se trouvant brusquement bloqué, le tibia avance sur le talus de quelques degrés ce qui entraîne un dérangement antérieur avec grippage articulaire et œdème de l'interligne antérieur. L'examen clinique permettra de déterminer la gravité de l'entorse (2) (3):

► Entorse bénigne.

- Pas d'hématome externe,
- Varus sensible en fin de course,
- Marche sans difficulté,
- Recherche de tiroir indolore,
- Tests isométriques indolores,
- Palpation sensible du ligament.

► Entorse de gravité moyenne.

- Marche difficile,
- Hématome externe,
- Varus en flexion plantaire et en flexion dorsale douloureux,
- Sensibilité au tiroir,
- Palpation douloureuse du ligament.

► Entorse grave.

- Marche impossible,
- Hématome externe et/ou interne,
- Oedème volumineux,
- Tests isométriques douloureux,
- Palpations ligamentaires très douloureuses.

IV – EXAMENS COMPLEMENTAIRES

L'examen radiologique se fera selon les critères d'Ottawa (1):

- Impossibilité de faire 4 pas,
- Age supérieur à 55 ans,
- Palpations douloureuses des malléoles et d'environ 6 cm au dessus ; os naviculaire et styloïde du V métatarsien.

Si aucun de ces points n'est retrouvé douloureux, la radiographie est inutile.

Dans le cas contraire, on demandera les incidences suivantes :

- Oblique = face en rotation interne à 20 degrés,
- Profil strict,
- Cliché déroulé du pied. Seul cette incidence peut montrer les fractures de l'os naviculaire ou du Vème métatarsien.

L'échographie (1) aura un intérêt selon la qualité du praticien et du matériel qu'il utilise.

L'arthroscanner, l'IRM et surtout l'arthroIRM n'ont d'intérêt qu'en cas de complications.

V – DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS

Les diagnostics différentiels sont les suivants :

- Luxation des tendons fibulaires,
- Entorse transverse du tarse,
- Entorse sous-taliennne,
- Fracture de la base du V^e métatarsien.

La revue de Mésothérapie

Il faudra se méfier de lésions associées fréquentes comme par exemple une entorse talo-crurale externe plus une transverse du tarse. Le risque étant que la seconde passe inaperçu et entraîne des complications secondaires.

VI - TRAITEMENTS

Le traitement sera établi selon le consensus de Roanne

- . Entorse bénigne et moyenne : traitement fonctionnel,
- . Entorse grave : Immobilisation + traitement fonctionnel.
- . Entorses à répétition : Rééducation, et si pas d'amélioration chirurgie.

Nous allons étudier le traitement fonctionnel de l'entorse de gravité moyenne auquel nous avons adjoint la Mésothérapie.

Il se déroule en trois phases bien distinctes, le but étant d'assurer une bonne qualité de cicatrisation ligamentaire. Le temps de cicatrisation est incompressible, il est de 3 semaines.

La mésothérapie a pour but de faciliter la rééducation en agissant sur l'hématome, l'œdème et la douleur puis sur la cicatrice ligamentaire.

- Phase I : J1 à J8
 - Protocole GREC : Glaçage, Repos, Elévation et Compression.
 - Mise en décharge par cannes anglaises,
 - Orthèses de contention de type AIRCAST* qui sera conservée jour et nuit
 - Mésothérapie :

Etamsylate	+ Lidocaïne 1%	+ Arnica 4 DH
2cc	1cc	1 à 3cc
à J1 et J8		

Les injections se feront en regard des structures ligamentaires retrouvées douloureuses à l'examen clinique avec une technique mixte : point par point en IDP et mésothérapie épidermique en IED

- Phase II : J9 à J18
 - Orthèse de contention uniquement la journée jusqu'au 14ème jour
 - Ostéopathie (6) sur les dérangements articulaires dès que la cheville sera en état d'être manipulée
 - Début de rééducation orientée sur l'amplitude et la cinétique articulaires.
 - Mésothérapie :
 On utilisera deux seringues ; tout d'abord :

AINS	+ Lidocaïne 1%	+ Vasodilatateur
1cc	1cc	2cc

à J 15

Les injections se feront en regard des structures ligamentaires retrouvées douloureuses à l'examen clinique en point par point en IDP. Puis :

Lidocaïne 1%	+ Etamsylate
1cc	2cc
à J15	

Les injections se feront en regard sur tout le compartiment interne de la cheville par mésothérapie épidermique en IED

- Phase III : J19 à J 36
 - Rééducation proprioceptive,
 - Renforcement musculaire,
 - Reprise progressive du sport.
 - Mésothérapie :

Procaïne 2%	+ Vasodilatateur	+ HPV
1cc	3cc	2cc
à J30		

Les injections se feront en regard des structures ligamentaires retrouvées douloureuses à l'examen clinique avec une technique mixte : point par point en IDP et mésothérapie épidermique en IED

VII – SEQUELLES DOULOUREUSES

On peut retrouver trois sortes de séquelles (5) :

▷ Algodystrophie

Le plus souvent elle sera consécutive soit à un traitement trop tardif soit à une rééducation trop brutale.

- Mésothérapie:

Buflomédil	+ Calcitonine 100 UI
5cc	1 cc

Les injections se feront tout autour de la cheville et sur le mollet avec une technique mixte : point par point en IDP et mésothérapie épidermique en IED.

3 séances à une semaine d'intervalle puis trois à 15 jours et l'on reprend la rééducation dès que possible.

▷ Oedème résiduel :

C'est une séquelle fréquente due essentiellement aux dérangements articulaires passés inaperçus.

- Ostéopathie (6) sur les dérangements articulaires dès que la cheville sera en état d'être manipulée, soit après deux ou trois séances de mésothérapie

selon l'ancienneté des signes.

- Mésothérapie:

Etamsylate+	Calcitonine 100UI	+Lidocaïne 1%
2cc	1cc	1 cc
J1, J8, J15 ± J30		

Les injections se feront tout autour du compartiment externe de la cheville avec une technique mixte : point par point en IDP et mésothérapie épidermique en IED.

▷ Instabilité :

Rééducation et, en cas d'échec, chirurgie.

VIII - CONCLUSIONS

Les entorses de la cheville demandent un examen minutieux à la recherche notamment de dérangements articulaires qui entraîneront des séquelles s'ils ne sont pas corrigés dans un délai raisonnable.

Le traitement fonctionnel associé à la mésothérapie et à l'ostéopathie permet une guérison rapide et complète en 5 semaines environ.

Le traitement par mésothérapie repose sur les techniques mixtes et sur l'injection d'Etamsylate et d'Arnica 4DH.

Le traitement est donc pluridisciplinaire et nécessite le recours à des praticiens expérimentés.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Brasseur J.L., Richard O., Tardieu M., Roger B. Echographie des ligaments de la cheville. J. Traumatol. Sport, 1994 ; 11 ; 45-51
- (2) De Lécluse J. Evaluation et classification des lésions ligamentaires des entorses latérales de la cheville. J. Traumatol. Sport, 2003 ; 20 ; 95-105
- (3) Rodineau J. L'évaluation clinique. Les lésions ligamentaires récentes du cou de pied, Masson, Paris 1996 ; 26-32
- (4) Besch S., de Lécluse J. Le ligament collatéral latéral de la cheville. La lésion ligamentaire périphérique récente, Masson, Paris 2003 ; 120-127
- (5) Laurens D. Séquelles de l'entorse du ligament latéral externe de la cheville Prévalence de la mésothérapie. Livre du VIIème Congrès International de Mésothérapie, Bordeaux 2003 ; 262-272
- (6) Issartel J.M. Intérêt de la complémentarité de la mésothérapie et de l'ostéopathie dans le traitement de l'entorse de cheville. A propos de 25 cas. Livre du 2ème Congrès National de la Société Française de Mésothérapie, Paris 2004 ; 16-22