

L'entorse grave ouverte de la cheville chez le sportif. À propos d'un cas

Severe Open Ankle Sprain in Athlete. A Case Report

H. Bousbaa · T. Cherrad · M. Ouahidi · M. Bennani · H. Zejjari · J. Louaste · E.L. Kasmaoui · L. Amhajji · K. Rachid

© Lavoisier SAS 2016

Résumé L'entorse grave de la cheville est assez fréquente dans la pratique quotidienne, mais l'association à une ouverture cutanée est exceptionnelle. Nous rapportons ici l'observation rare d'une entorse grave ouverte de la cheville chez un sportif en détaillant son mécanisme lésionnel avec une revue de la littérature.

Mots clés Traumatismes de la cheville · Plaie pénétrante · Entorse grave ouverte · Cheville

Abstract Severe ankle sprain is frequent in daily practice but the association with a skin opening is exceptional. We report a rare case of severe open ankle sprain in athlete. The mechanism of the injury is reminded with a review of the literature.

Keywords Ankle Injuries · Penetrating wound · Open severe sprain · Ankle

Introduction

L'entorse grave de la cheville est fréquente dans la pratique quotidienne [1] du fait de l'augmentation de l'activité sportive, mais l'association à une ouverture cutanée est exceptionnelle [2].

Le but de ce travail est de rapporter un cas d'entorse grave ouverte de la cheville chez un sportif et de caractériser cette forme rare de traumatisme ouvert de la cheville, en s'appuyant sur une revue de la littérature.

Observation

Un homme âgé de 25 ans, sportif de haut niveau, est victime d'un traumatisme lors d'un match de basket-ball. La réception s'est faite sur le bord externe du pied, causant une douleur importante et une impotence fonctionnelle totale de la cheville droite. Le patient ne décrit aucun antécédent d'entorse de cheville ou d'instabilité chronique.

À l'inspection, on retrouvait une ouverture cutanée horizontale d'environ 6 cm en région sus-malléolaire latérale avec incarceration de la berge inférieure de la plaie (Fig. 1). Le pouls pédieux était présent et palpable. Il n'existait pas de déficit neurologique. Les radiographies ne montraient aucun signe de fracture ou de luxation mais une pneumarthrose (Fig. 2).

Le patient a bénéficié sous anesthésie générale d'un parage des berges cutanées et d'un lavage abondant au sérum physiologique. L'exploration chirurgicale du plan ligamentaire latéral par un abord électif (Fig. 3) a mis en évidence une rupture à la partie moyenne des faisceaux antérieur et moyen du ligament collatéral fibulaire ainsi que de la capsule articulaire. Il n'existait pas de lésion des tendons fibulaires. Une réparation ligamentaire termino-terminale a été



Fig. 1 Aspect clinique avant (à gauche) et après (à droite) désincarcération de la berge cutanée

réalisée, suivi d'une fermeture plan par plan sur un drain de redon.

Une immobilisation plâtrée fenêtrée était réalisée pour six semaines et un traitement antibiotique à base de

H. Bousbaa (✉) · T. Cherrad · M. Ouahidi · M. Bennani · H. Zejjari · J. Louaste · E.L. Kasmaoui · L. Amhajji · K. Rachid
Service d'orthopédie-traumatologie, hôpital militaire Moulay Ismail, BP S15, 50000 Meknès, Maroc
e-mail : drbousbaahicham@gmail.com



Fig. 2 Radiographie de face de la cheville montrant la pneumarthrose



Fig. 3 Exploration de la cheville par une voie d'abord adaptée



Fig. 4 Aspect clinique à six semaines de l'intervention montrant la parfaite cicatrization

céphalosporine de première génération (céfazoline) a été instauré pendant 48 heures ainsi qu'un traitement anticoagulant à dose préventive pendant toute la durée de l'immobilisation. Les suites opératoires ont été simples. Après six semaines, une rééducation active et passive a été débutée avec mise en charge partielle. La charge complète a été autorisée deux mois après le traumatisme. Après 12 semaines, il existait un bon résultat fonctionnel avec cependant un déficit limité de 5° en dorsiflexion (Fig. 4). Il n'existait pas de laxité frontale ou antéropostérieure. À six mois, le patient a pu reprendre son activité sportive de loisir (basket-ball) sans douleur ni instabilité.

Discussion

L'entorse grave ouverte de la cheville (EGOC) est définie comme une rupture d'un ligament collatéral fibulaire et/ou collatéral tibial de la cheville combinée avec une effraction cutanée.

L'incidence de l'EGOC est très rare [1,2] car elle ne représente que 0,22 % des traumatismes de la cheville. Elle se produit habituellement en flexion plantaire avec un mouvement complémentaire de varus ou de valgus forcé. L'ouverture cutanée est secondaire à la rupture ligamentaire par sa mise en tension brutale sur le massif malléolaire. Le stade ultime de cette lésion est un arrachement de la capsule articulaire qui peut aboutir à la luxation tibiotalienne [3,4].

Toute plaie en regard de la malléole latérale sans traumatisme direct doit absolument faire évoquer une EGOC, et conduire après un bilan radiologique systématique à une exploration au bloc opératoire et un testing de la cheville [5-14].

Notre patient présentait une rupture ligamentaire à la partie moyenne permettant une suture simple bord à bord. En présence d'une avulsion osseuse, une réinsertion par fixation transosseuse est nécessaire. Un renfort par greffe tendineuse a été décrit par Thomas et al. [15].

Une immobilisation stricte pendant six semaines est nécessaire à la cicatrization du plan ligamentaire. La rééducation semble permettre la récupération de mobilités articulaires satisfaisantes et la reprise des activités sportives. Thompson et Muhammad [7] décrivaient pour un cas similaire traité chirurgicalement, la reprise du basket à 18 mois sans douleurs résiduelles. L'importance des lésions cutanées oblige parfois la mise en place d'un fixateur externe [16].

Des complications vasculonerveuses peuvent être observées : paresthésie dans le territoire du nerf fibulaire ou celui du nerf tibial [7].

Dans la série de neuf patients de Soubeyrand [8], deux patients ont subi des dommages du nerf fibulaire profond, qui était étiré chez un patient et sectionné chez l'autre. Scott a rapporté [17] des ruptures tendineuses du long extenseur

des orteils et de l'hallux et des lésions de l'artère tibiale antérieure. La lésion de l'artère tibiale ne semble pas rare car retrouvée dans un cas des neuf patients de la série de Soubeyrand [8].

Sur la base de ces publications, l'EGOC nécessite toujours un bilan clinique, radiologique et une exploration chirurgicale à la recherche de lésions neurovasculaires et tendineuses associées.

Conclusion

L'incidence de l'EGOC est très rare et ne représente que 0,22 % de tous les cas de traumatismes de la cheville. Toute plaie périmalléolaire sans traumatisme direct doit faire suspecter une EGOC et justifie une exploration chirurgicale. L'exploration doit être complète avec vérification de l'intégrité des fibulaires, des extenseurs des orteils et de l'hallux. Il faut également vérifier l'absence de lésion de l'artère tibiale.

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

1. Cloke DJ, Spencer S, Hodson A, Deehan D (2008) The epidemiology of injuries occurring in English football association academies. *Br J Sports Med* 43:1119–25
2. Fong DT, Hong Y, Chan LK, et al (2007) A systematic review on ankle injury and ankle sprain in sports. *Sports Med* 37:73–94
3. Elise S, Maynou C, Mestdagh H, et al (1998) [Simple tibiotalar luxation. Apropos of 16 cases]. *Acta Orthop Belg* 64:25–34
4. Garbuio P, Gerard F, Gagneux E (1995) [Pure dislocations of the tibiotalar joint. Apropos of 9 cases]. *Rev Chir Orthop* 81:601–8
5. Rivera F, Bertone C, De Martino M, et al (2001) Pure dislocation of the ankle: three case reports and literature review. *Clin Orthop Relat Res* 382:179–84
6. Tarantino U, Cannata G, Gasbarra E, et al (2008) Open medial dislocation of the ankle without fracture. *J Bone Joint Surg (Br)* 90:1382–4
7. Thompson TL, Muhammad K (2006) Open rupture of the lateral ligaments of the ankle without dislocation: a case report. *Am J Orthop* 35:240–1
8. Soubeyrand M, Vincent-Mansour C, Guidon J, et al (2010) Severe open ankle sprain (SOAS): a lesion presenting as a penetrating soft tissue injury. *J Foot Ankle Surg [REMOVED HYPERLINK FIELD]* 49:253–8
9. Dlimi F, Mahfoud M, Berrada MS, et al (2011) Open medial ankle dislocation without associated fracture: A case report. *Foot Ankle Surg* 17:55–7
10. Larsen J, Burzotta J, Brunetti V (1998) Ankle dislocation without fracture in a young athlete. *J Foot Ankle Surg* 37:334–8
11. Thangarajah T, Giotakis N, Elijah Matovu E (2008) Bilateral Ankle Dislocation without Malleolar Fracture. *J Foot Ankle Surg* 47:441–6
12. Rafee A, Kumar A, Samarji R (2005) Ankle diastasis without fracture: an uncommon injury. *The Foot* 15:57–8
13. Rose JD, K. Flanigan KP, Mlodzienski A (2002) Tibiofibular diastasis without ankle fracture: A review and report of two cases. *J Foot Ankle Surg* 41:44–51
14. Hammouda A, El Rayes M, El Kordy S (2006) Posteromedial dislocation of the ankle without fracture. *Foot Ankle Surg* 12:169–71
15. Clanton TO, McGarvey W (2007) *Surgery of the Foot and Ankle*. Vol. II, Michael J. Coughlin, Roger A. Mann (Eds) et al. Published by Mosby Elsevier, Philadelphia, pp 1458–69
16. Rammelt S, Endres T, Grass R, Zwipp H (2004) The role of external fixation in acute ankle trauma. *Foot Ankle Clin* 9:455–74
17. Scott JE (1974) Dislocations of the ankle without fracture. *Injury* 6:63–6