

Entorse de la cheville en randonnée : comment la soigner

La cheville est la partie du corps la plus éprouvée en traumatologie. Ses entorses sont estimées à 6000 par jour en France et représentent 25% des accidents sportifs. Selon les statistiques de la FFRandomnée de ces dix dernières années, la cheville est concernée par 18% des traumatismes des membres, en tête devant le genou (16%), le poignet et l'épaule (11%) lors des sorties des randonneurs licenciés.

Un large éventail de dégâts possibles



L'entorse de la cheville fait habituellement suite à une torsion du pied vers l'intérieur, plus ou moins en extension. C'est la classique entorse latérale externe dont on distingue trois stades de gravité croissante : l'étirement simple des ligaments, leur déchirure partielle, ou complète. L'entorse cesse d'être un dégât purement ligamentaire (sa définition) quand s'associent une ou des fractures. Plusieurs entorses sont aussi possibles, ainsi que des ruptures ou luxations des tendons musculaires au niveau de la cheville. Seul un médecin expérimenté peut faire le diagnostic à l'examen, avec le concours de l'imagerie : radiographie, échographie, scanner et, de plus en plus souvent, IRM. Plusieurs consultations sont donc nécessaires au diagnostic puis au suivi :

- le **jour de l'entorse**, pour un premier bilan ;
- entre le 3e et 5e jour pour confirmer le diagnostic et le traitement ;
- à la troisième semaine, pour vérifier l'efficacité du traitement.

Les consultations ultérieures dépendent des résultats obtenus.

Repérer les signes

Les signes immédiats renseignent sur la gravité probable d'une entorse comme le gonflement très rapide en avant de la malléole externe, une ecchymose apparaissant soudainement, un craquement, une impotence nette, l'instabilité et le refus de marcher. La réapparition de la douleur après une accalmie (qui a parfois incité à la reprise de la marche) est un signe d'entorse de la cheville moyenne ou grave.

Une prise en charge immédiate ferme et un suivi

La prise en charge par les secours du randonneur blessé et en cas de gravité de l'accident est importante. La rééducation quant à elle est fondamentale.

Pour une entorse moyenne avec un faisceau ligamentaire rompu, l'immobilisation de la cheville est nécessaire trois semaines ; on double la mise lors d'une entorse grave. L'appui du pied est autorisé avec des cannes anglaises en prenant la douleur comme limite. Pas de chirurgie, celle-ci reste réservée à des situations complexes ou aux sportifs de haut niveau par exemple, avec des enjeux professionnels importants.

Dans les **entorses de cheville bénignes** qui sont les plus fréquentes, la reprise immédiate de l'appui en fonction de la douleur est la règle, avec des cannes anglaises permettant la marche en décharge si nécessaire. La reprise du sport est envisageable après 8 semaines (délai complet de cicatrisation des ligaments), toujours avec une rééducation adéquate en parallèle, soit deux séances par semaine au minimum.

Bandage, attelle, bottillon en résine ou plâtrage : tout dépendra de la gravité de l'entorse et de l'avis médical. Une entorse mal traitée peut empoisonner la vie du randonneur. La reprise du sport ou de l'effort soutenu sera autorisée dès que la cheville aura récupéré ses fonctions naturelles et sa force, en général en 6 à 8 semaines.

Attention, la reprise d'une activité professionnelle intense s'apparente à la reprise d'un sport !

5 conseils

Durant les trois premiers jours, pour n'importe quelle entorse, et tant que l'articulation n'a pas dégonflé correctement, il faut **appliquer le protocole GREC** :

1. « G » pour glaçage : la vessie à glace est le matériel le plus sûr. Elle est posée sur la zone traumatisée, constamment, et les glaçons sont changés régulièrement pendant 24 heures. Puis on espace les glaçages jusqu'à ce que la cheville redevienne « normale ».
2. « R » pour repos : ne pas molester sa cheville certes, mais la bouger dans les limites imposées par la douleur. Une mobilisation précoce « indolore » favorise la cicatrisation. Cela signifie qu'il faut des cannes anglaises, et immobiliser le talon dans l'axe de la jambe pour interdire les mouvements latéraux.
3. « E » pour élévation : la cheville doit être surélevée le plus souvent possible ; au moins être mise à plat.
4. « C » pour contention : elle favorise le drainage veineux et de l'hématome, mais elle n'est pas toujours facile à poser correctement par bandages. Certains médecins proposent des bas ou des mi-bas de contention pour éviter les erreurs de pose.
5. Pour la prise en charge, le diagnostic, le protocole à observer et le suivi : consultez votre médecin !

Et pour en rire un peu

