



Les règles d'Ottawa pour les traumatismes de la cheville et du pied

Les traumatismes de cheville (TC) sont banals, fréquents, et consistent le plus souvent en une simple blessure ligamentaire ou une petite fracture sans importance clinique. Moins de 15% des patients consultant aux urgences ont une fracture significative¹. Un algorithme clinique destiné à exclure les fractures pour éviter des radiographies systématiques inutiles a été diffusé, sous le nom de « Règles d'Ottawa », dès 1992. Nous en avons fait le thème du numéro 2 de Bibliomed en 1995. Ces règles demeurent peu utilisées en France² malgré leur reprise dans les recommandations du CERF en 1997³. Une étude fait le point sur l'intérêt de ces règles⁴.

Rappel des règles d'Ottawa (RO) :

« Chez un traumatisé de la cheville ou du pied depuis moins de 72h, une radiographie est nécessaire seulement en cas de douleur d'une des malléoles ou du tarse **et** au moins un des signes suivants :

- Sensibilité à la palpation du bord postérieur sur 6 cm ou de la pointe de l'une des 2 malléoles,
- Sensibilité à la palpation de la base du 5^e métatarsien (bord externe du pied), ou au niveau de l'os naviculaire (scaphoïde) (bord interne du pied) ;
- Impossibilité de se mettre en appui immédiatement **et** lors de la consultation, **et** de faire 4 pas (2 appuis sur chaque pied) sans aide. »

Méthode : Meta-analyse de 27 études (15.581 patients), dont 6 chez l'enfant, incluant les variantes cliniques des règles. Le critère minimal de sélection des études était la mise en évidence des taux de faux positifs et faux négatifs, les résultats étant regroupés pour calculer la sensibilité globale. Les études étaient de qualité variable, avec ou sans aveugle, parfois sans radiographie systématique comme examen de référence, d'où une hétérogénéité significative dans certains sous-groupes.

Résultats : Les RO excluent avec précision l'absence de fracture : la sensibilité est de 97,6 % (IC 95% 96,4 à 98,9). Mais la spécificité est médiocre et varie de façon importante de 10 à 79%, probablement en raison de variations dans

l'interprétation de l'examen clinique : nombre important de patients qui ont mal à la palpation mais sans fracture. Sur la base d'une incidence de fracture de 15%, la probabilité de ne pas radiographier un patient qui aurait une fracture grave est inférieure à 1,4%. L'utilisation des RO réduit le nombre de radios inutiles de 30 à 40%. Chez l'enfant, la probabilité d'une fracture en cas de RO négative est de 1,22% (0,53% à 3,08%).

Chez l'enfant, les RO sont parfois difficiles à appliquer en raison d'un refus de marcher. La lésion la plus fréquente est le décollement épiphysaire non déplacé de la malléole péronière, où la radiographie n'apporte rien de plus que la clinique. Dans une étude⁵, des auteurs ont évalué des règles modifiées pour classer les enfants à bas risque (radiographie inutile) : douleur isolée spontanée et/ou à la palpation, avec ou sans œdème ou hématome, de l'extrémité inférieure de la malléole, sous la ligne articulaire de la cheville et/ou au niveau du LLE. 607 enfants de 3 à 16 ans ont été examinés prospectivement dans des services d'urgences par des seniors entraînés, avec 3 incidences radiographiques de contrôle. Aucun des 381 enfants classés à bas risque n'a eu de fracture grave : valeur prédictive négative de 100% [95% CI 99,2-100]. Jusqu'à 63% de radiographies auraient pu être évitées et 12% seulement en appliquant les RO. Le traitement n'était pas abordé, mais aucun enfant classé à bas risque n'a eu besoin de réduction chirurgicale.

Retenons que de nombreuses études ont démontré l'intérêt des RO pour éviter des radiographies inutiles qui n'influent finalement pas sur la décision thérapeutique. L'examen clinique et le bon sens devraient prévaloir lors de la demande éventuelle d'examen complémentaires, souvent inutiles pour ces traumatismes de cheville, au moins dans le contexte des services d'urgences avec des praticiens entraînés à un examen rigoureux et précis, mais facile à apprendre. L'examen du patient doit être de préférence silencieux, lors de la recherche de la douleur provoquée, plutôt qu'incitatif (« Et là, je vous fais mal ? ») ce qui diminue la spécificité. Chez l'enfant, ou dans un contexte de soins moins spécialisé, le suivi des patients durant quelques jours permet d'identifier ceux qui nécessiteront des examens d'imagerie devant des symptômes persistants. Mais les praticiens reconnaissent souvent que c'est l'argument médico-légal qui les incite souvent à radiographier, malgré l'accumulation des preuves d'inutilité... est-ce bien raisonnable ?

1- Heyworth J. Ottawa ankle rules for the injured ankle. BMJ 2003; 326: 405-6.

2- Graham ID, Stiell IG, et al. Awareness and the use of the Ottawa ankle and knee rules in 5 countries: can publication alone be enough to change practice? Ann Emerg Med 2001; 37: 259-66.

3- Collège des Enseignants Radiologues Français (CERF). Guide des indications des examens d'imagerie. 1997.

4- Bachmann L. Accuracy of Ottawa ankle rules to exclude fractures of the ankle and mid-foot: systematic review. BMJ 2003; 326: 417-9.

5- Boutis K. Sensitivity of a clinical examination to predict need for radiography in children with ankle injuries: a prospective study. Lancet 2001; 358: 2118-21.

Mots-clé : cheville, pied, entorse, radiographie.