

Mots clés :

Cheville
Enfant
Traumatisme

Traumatisme de la cheville sans fracture chez l'enfant

Les traumatismes de la cheville sont une urgence courante chez l'enfant ou l'adolescent. Rappelons que l'examen clinique suffit le plus souvent à éliminer une fracture, sans qu'il soit nécessaire de recourir à la radiographie¹. La prise en charge de ces traumatismes, consensuelle chez l'adulte (approche fonctionnelle, évitant toute immobilisation rigide), ne l'est pas chez l'enfant ou l'adolescent : selon les publications des années 90, certains préféraient une immobilisation plâtrée qui peut aller jusqu'à 4 semaines, d'autres un traitement fonctionnel associant glace et repos pendant quelques jours. Ces traitements semblent donner des résultats identiques chez la plupart des jeunes patients². Une récente étude randomisée du CHU de Marseille a testé les deux approches².

Un rappel des règles d'Ottawa

« 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^{ème} 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. »¹.

Rappelons que l'examen clinique du petit patient doit être de préférence silencieux, lors de la recherche de la douleur provoquée, l'incitation (*Là, ça fait mal ?*) diminuant la spécificité. Le suivi durant quelques jours permet d'identifier ceux qui nécessiteront des examens d'imagerie devant des symptômes persistants².

Immobilisation plâtrée ou traitement fonctionnel ?

L'étude prospective randomisée a été menée au CHU de Marseille chez 62 enfants âgés de 8 à 15 ans³. Le traumatisme de la cheville datait de moins de 48 heures et la fracture avait été éliminée par un cliché radiologique conventionnel (face et profil). Dans un groupe, les enfants avaient une immobilisation plâtrée de 7 jours, dans l'autre un pansement alcoolisé quotidien avec poche de glace biquotidienne. Ils disposaient de cannes anglaises et d'antalgiques dans les deux cas. Il n'a pas

été montré de différence dans l'évolution clinique à 7 jours (d'autres études ont montré que la cheville pouvait rester instable à égalité dans les deux cas) ou la qualité de vie des enfants. En revanche, leur absentéisme ainsi que celui de leurs parents était significativement plus élevé dans le groupe « immobilisé ». Selon les auteurs, la proportion importante de perdus de vue de cette étude (près de la moitié des 114 enfants « éligibles », surtout dans le groupe « traitement fonctionnel ») ne semble pas remettre en question ces conclusions. Elle confirme seulement l'observation courante de l'équipe soignante de ce service d'urgences pédiatriques, selon laquelle les enfants qui n'avaient pas besoin de revenir pour l'ablation d'une botte plâtrée ne revenaient pas systématiquement pour une consultation de suivi...

Faut-il craindre une fracture passée inaperçue ?

Dans une étude antérieure chez 116 enfants, les mêmes auteurs avaient recherché par IRM une lésion osseuse passée inaperçue à la radio standard. Chez 102 des 116 enfants, une IRM avait été pratiquée dans les 3 jours. Elle montrait une contusion osseuse mineure chez 42 enfants et une fracture chez 7 autres. Les fractures étaient plus fréquentes en cas de douleur sur la face latérale de la cheville et quand il y avait un oedème. L'évolution était comparable, qu'il y ait ou non lésion à l'IRM⁴. L'étude ne permettait pas d'identifier les facteurs cliniques prédictifs de traumatisme osseux ou ligamentaire.

Que conclure pour notre pratique ?

Ces études prospectives randomisées confirment le bien fondé des règles d'Ottawa. Les auteurs rappellent d'ailleurs que dans ces traumatismes fréquents, il n'y a pas de lésion osseuse plus de 9 fois sur 10. Il apparaît que même en cas de fracture minime, l'évolution est identique. Tout examen radiologique apparaît donc inutile dans les cas cliniques qui répondent aux règles simples définies à Ottawa dès 1992.

Ces études apportent de solides arguments pour préférer, comme chez l'adulte, une approche la plus fonctionnelle possible. Avec un suivi clinique attentif de quelques jours, il est tout à fait licite d'éviter toute immobilisation rigide, décision bien entendu à adapter au cas par cas. Cette conclusion, largement démontrée chez l'adulte⁵, paraît également valable chez l'enfant.

Références

- 1- Heyworth J. Ottawa ankle rules for the injured ankle. *BMJ*. 2003;326:405-6.
- 2- Collectif. Les règles d'Ottawa pour les traumatismes de la cheville et du pied. *Bibliomed*. 2003;309.
- 3- Launay F et al. Traumatisme de la cheville sans fracture chez l'enfant : immobilisation plâtrée versus traitement symptomatique. Impact sur l'absentéisme et la qualité de vie. *Arch Pédi*. 2008;15:1749-55.
- 4- Launay et al. Traumatismes de la cheville sans fractures chez l'enfant. Etude prospective par résonance magnétique chez 116 patients. *Rev Chir orthop*. 2008;94:427-33.
- 5- Kerkhoffs GM et al. Immobilisation for acute ankle sprain. A systematic review. *Arch Orthop Trauma Surg*. 2001;121:462-71.