

KINÉSITHÉRAPIE APRÈS UNE ENTORSE DE CHEVILLE: UTILISER LES PREUVES SCIENTIFIQUES POUR GUIDER LA PRATIQUE EN RÉÉDUCATION

Physical therapy after an ankle sprain: using the evidence to guide physical therapist practice.
J Orthop Sports Phys Ther 2021;51(4):159-160.
doi:10.2519/jospt.2021.0503

Traduction: Lise Betton et Brice Picot.

La révision du guide de pratique clinique (GPC) sur l'entorse de cheville, issue du JOSPT publiée en Avril 2021, traite des questions relatives aux primo entorses latérales de cheville et à l'instabilité chronique de cheville (ICC). Suite à la phase aiguë de la blessure (au minimum 1-2 semaines), une période subaiguë impliquant des altérations de déficits peut durer jusqu'à 12 mois. Certaines personnes ne récupèrent pas entièrement d'une entorse latérale de cheville et développent une ICC. Le GPC de 2013 indiquait que la prévalence de l'ICC variait de 0% à 73%. Une récente étude longitudinale a trouvé que 40% des personnes pouvaient développer une ICC. L'instabilité perçue, associée à des épisodes de "giving way" de la cheville qui persistent au-delà de 12 mois suivant le traumatisme initial et aboutissent à une limitation d'activité et une restriction de participation sont la marque de fabrique de l'ICC. Les personnes souffrant d'une ICC peuvent présenter une part variable d'instabilité mécanique, fonctionnelle ou les 2

CE QUE NOUS SAVIONS:

Une première entorse latérale de cheville et la récurrence sont communes chez les personnes actives. Développer des symptômes et des déficits liés à une ICC est une séquelle possible. Le GPC de 2013 s'appuyait sur un examen et des techniques basées sur les preuves pour les personnes atteintes d'une entorse latérale de cheville récente ou d'une ICC.

CE QUE NOUS AVONS FAIT:

Nous avons effectué une revue systématique des recherches publiées d'Avril 2012 à Juin 2020. Plus de 39 000 articles ont été analysés, laissant 1059 articles potentiellement éligibles à une inclusion au sein de la révision du GPC 2021. Les articles qui ont produit des recommandations concernant l'évolution clinique, le diagnostic, l'examen, et les techniques ont été notés et assignés à un niveau d'évidence. Le document final présente une liste de référence de 458 articles/documents.

CE QUE NOUS AVONS TROUVÉ:

Nous avons identifié différents facteurs qui doivent être évalués en raison de leurs capacités à établir un diagnostic approprié, influencer l'évolution clinique du patient, et définir les déficiences physiques et les limitations de l'activité/la performance physique chez des individus présentant une

première entorse latérale de cheville ou une ICC. Les recommandations ont été faites pour prévenir les premières blessures et les récurrences de blessures. Les preuves ont été aussi présentées pour soutenir les pratiques de soins aussi bien chez les patients présentant une entorse latérale de cheville aiguë ou subaiguë, que pour ceux souffrant d'ICC.

CONCLUSIONS POUR LA PRATIQUE:

Les mesures de déficiences physiques doivent inclure la flexion dorsale de cheville (Weight bearing Lunge Test), l'équilibre statique (équilibre unipodal sur une surface stable avec les yeux fermés) et l'équilibre dynamique (Star Excursion Balance Test dans les directions antérieures, antéro-médiales, postéro-médiales et postéro-latérales). Les mesures des activités/performances physiques doivent inclure l'évaluation des sauts sur une jambe avec, si possible, une contrainte de temps. Pour les patients avec une entorse latérale de cheville aiguë ou subaiguë, des preuves fortes à modérées orientent vers (1) la protection et la mise en charge optimale, (2) la thérapie manuelle, (3) les exercices thérapeutiques destinés à cibler les déficits, et (4) un entraînement aménagé et lié à la pratique sportive. Pour les patients atteints d'ICC, des preuves fortes à modérées suggèrent (1) des exercices thérapeutiques de proprioception et de contrôle proprioceptif et neuro-musculaire ainsi que des (2) mobilisations articulaires progressives.

RÉFÉRENCES:

1. Doherty et al. Recovery from a first-time lateral ankle sprain and the predictors of chronic ankle instability : a prospective cohort analysis. Am J Sports Med. 2016; 44:995-1003.,
2. Hertel J. et al. An updated model of chronic ankle instability. J Athl Train. 2019;54:572-588.
3. Martin RL et al. Ankle stability and movement coordination impairments : lateral ankle ligament sprains revision 2021. J Orthop Sports Phys Ther. 2021;51CPG1-CPG80.
4. Martin RL et al. Ankle stability and movement coordination impairments : lateral ankle ligament sprains. J Orthop Sports Phys Ther. 2013;43:A1-A40.

JOSPT PERSPECTIVES POUR LA PRATIQUE

Diagnostic/Classification de la stabilité de cheville et de la coordination du mouvement : Évaluation des données cliniques

Entorse latérale de cheville récente

- Le bilan doit inclure - **B**
- Âge
 - Indice de masse corporelle
 - Stratégies de contrôle de la douleur
 - Rapport d'instabilité antérieure
 - Historique d'entorse précédente
 - Capacité de mise en charge
 - Douleur à la mise en charge
 - Amplitude en flexion dorsale de cheville
 - Sensibilité de l'interligne articulaire médiale
 - Équilibre
 - Capacité de saut

Diagnostic/Classification - **B**

- Utiliser le test du tiroir antéro-latéral inversé (*reverse anterolateral drawer test*), la palpation antéro-latérale du talus et le tiroir antérieur
- Antécédents et examen physique complet

Instabilité chronique de cheville

- Le bilan peut inclure - **B**
- Traitement précédent
 - Nombre d'entorses
 - Niveau de douleur
 - Fonction auto rapportée par le patient
 - Contrôle sensorimoteur du membre inférieur lors de tâches posturales dynamiques et de mouvements fonctionnels

Diagnostic/Classification - **B**

- Utiliser un outil discriminant tel que le *Cumberland Ankle Instability Tool* (CAIT) et l'*Identification and Functional Ankle Instability* (IdFAI) ainsi qu'une batterie de tests de performance

Évaluation

Questionnaire d'auto-évaluation rempli par les patients - **A**

- Échelles PROMIS pour la fonction et la douleur
- *Foot and Ankle Ability Measure* (FAAM)
- Score fonctionnel de l'extrémité inférieure (LEFS)
- Questionnaire d'auto-gestion de la douleur (PSEQ) - **C**
- Pour les instabilités chroniques : 11 questions du score Tampa pour la kinésiophobie (TSK 11) et le questionnaire des croyances de peur limitante (FABQ) - **C**

Mesure des incapacités - **A**

- Oedème de la cheville
- Amplitude du mouvement
- Translation du talus
- Inversion du talus
- Équilibre unipodal
- Flexion dorsale avec le test de fente avant en charge (WBLT)
- Équilibre statique unipodal les yeux fermés
- Équilibre dynamique avec le Star Excursion Balance Test
- Pour les instabilités chroniques: force d'abduction de la hanche, d'extension et de rotation externe - **C**

Mesures de performance physique - **B**

- Sauts sur une jambe chronométrés
- Autres mesures objectives et fiables de limitation d'activité, restriction de participation et de reproduction de symptômes.

Stratégies d'intervention

Entorse latérale de cheville récente

Prévention primaire

- Contention préventive, particulièrement quand les facteurs de risque sont présents - **A**

Prévention secondaire suivant le premier épisode d'entorse

- Attelle préventive - **A**
- Entraînement ciblé sur la proprioception et l'équilibre - **A**

Protection et mise en charge optimale

- Orthèse et mise en charge progressive - **A**
- Pour les blessures sévères, l'immobilisation peut être indiquée jusqu'à 10 jours - **A**

Exercices thérapeutiques

- Travail actif des amplitudes articulaires, étirements, entraînement neuromusculaire, reprogrammation posturale, travail de l'équilibre **A**

Entraînements sportifs/Activité physique

- Retour progressif aux activités avec port d'attelle initialement - **B**

Thérapie manuelle

- Drainage lymphatique, mobilisation active et passive des tissus mous et des articulations, mobilisation du talus de l'antérieur vers le postérieur - **A**
- Cryothérapie **C**, Téchrothérapie - **C**, Électrothérapie - **D**, Laser à bas niveau - **C**, Les ultrasons ne devraient pas être utilisés - **A**, médicaments anti-inflammatoires non stéroïdien - **C**, techniques psychologiques telles que les entretiens motivationnels pour potentialiser l'efficacité et les effets des traitements. **E**
- Éduquer le patient à continuer une activité en tolérant un minimum de douleur (**B**) et conseiller (**E**) une progression de reprise de la course selon les facteurs de risque.

Instabilité chronique de cheville

Support de soutien externe

- Ne devrait pas être utilisé comme unique stratégie - **B**

Exercices thérapeutiques

- Entraînement proprioceptif et neuromusculaire pour travailler la stabilité posturale dynamique et la perception par le patient de sa stabilité - **A**

Thérapie manuelle

- Mobilisations articulaires progressives, manipulations, mobilisations en décharge et en charge avec des mouvements augmentant la flexion dorsale de cheville en charge et l'équilibre dynamique sur le court terme - **A**

Dry Needling

- Au niveau des muscles fibulaires, en association avec un travail proprioceptif - **F**

Traitements combinés

- Traitements multiples pour travailler l'équilibre, incluant exercices et thérapie manuelle - **B**
- Techniques psychologiques telles que les entretiens motivationnels pour potentialiser l'efficacité et les effets des traitements - **E**

Basés sur les guides cliniques, les grades dans cet organigramme peuvent être traduits de la sorte: A, preuve forte; B, preuve modérée; C, preuve faible; D, preuve contradictoire; E, preuve théorique/fondamentale; F, avis d'expert. Figure produced for the JOSPT by Kate Minick, PT, DPT, OCS, of Intermountain Healthcare, Salt Lake City, UT.