

ENTORSE DE LA CHEVILLE : DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

SYNTHÈSE





Le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé

Le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé est un parastatal, créé par la loi-programme (1) du 24 décembre 2002 (articles 259 à 281), sous tutelle du Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales. Il est chargé de réaliser des études éclairant la décision politique dans le domaine des soins de santé et de l'assurance maladie.

Conseil d'Administration

	Membres effectifs	Membres suppléants
Président	Pierre Gillet	
Fonctionnaire dirigeant de l'INAMI (vice président)	Jo De Cock	Benoît Collin
Président du SPF Santé publique (vice président)	Dirk Cuypers	Christiaan Decoster
Président du SPF Sécurité sociale (vice président)	Frank Van Massenhove	Jan Bertels
Administrateur général de l'AFMPS	Xavier De Cuyper	Greet Musch
Représentants du ministre de la Santé publique	Bernard Lange Bernard Vercruysse	Brieuc Van Damme Annick Poncé
Représentants du ministre des Affaires sociales	Lambert Stamatakis Ri De Ridder	Vinciane Quidbach Koen Vandewoude
Représentants du Conseil des ministres	Jean-Noël Godin Daniël Devos	Philippe Henry de Generet Wilfried Den Tandt
Agence intermutualiste	Michiel Callens Patrick Verertbruggen Xavier Brenez	Frank De Smet Yolande Husden Geert Messiaen
Organisations professionnelles représentatives des médecins	Marc Moens Jean-Pierre Baeyens	Roland Lemye Rita Cuypers
Organisations professionnelles représentatives des infirmiers	Michel Foulon Myriam Hubinon	Ludo Meyers Olivier Thonon
Fédérations hospitalières	Johan Pauwels Jean-Claude Praet	Katrien Kesteloot Pierre Smiets
Partenaires sociaux	Rita Thys Paul Palsterman	Leo Neels Celien Van Moerkerke
Chambre des Représentants	Lieve Wierinck	



Contrôle

Commissaire du Gouvernement

Yves Roger

Direction

Directeur Général
Directeur Général Adjoint

Raf Mertens
Christian Léonard

Directeur du programme d'études

Kristel De Gauquier

Contact

Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE)
Doorbuilding (10^e étage)
Boulevard du Jardin Botanique, 55
B-1000 Bruxelles
Belgique

T +32 [0]2 287 33 88

F +32 [0]2 287 33 85

info@kce.fgov.be

<http://www.kce.fgov.be>

ENTORSE DE LA CHEVILLE : DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

SYNTHÈSE

PHILIP ROOSEN, TINE WILLEMS, ROEL DE RIDDER, LORENA SAN MIGUEL, KIRSTEN HOLDT HENNINGSEN, DOMINIQUE PAULUS, AN DE SUTTER,
PASCALE JONCKHEER



COLOPHON

Titre :	Entorse de la cheville : diagnostic et traitement – synthèse
Auteurs :	Philip Roosen (UGent), Tine Willems (UGent), Roel De Ridder (UGent), Lorena San Miguel (KCE), Kirsten Holdt Henningsen (KCE), Dominique Paulus (KCE), An De Sutter (UGent), Pascale Jonckheer (KCE)
Experts externes :	Gaetan Cantineau (radiologie - CHU Mont Godinne), Benjamin Kerzmann (urgences - CNDG de Gosselies), Jan Gielen (radiologie - UZA), Pierre Maldague (orthopédie - Cliniques Universitaires Saint-Luc), Yves Paulus (INAMI - RIZIV), Etienne Pendeville (physiothérapie - Cliniques Universitaires Saint-Luc), Emmanuel Simons (CEBAM), Jacques Vanderstraeten (médecin du sport et médecin généraliste - SSMG), Jan Victor (orthopédie - UZ Gent), Guido Vincke (fysische geneeskunde - Heilig Hart Ziekenhuis Leuven)
Remerciements :	Cécile Camberlin (KCE), Kristel De Gauquier (KCE), Luc Hourlay (KCE), Roos Leroy (KCE), Jo Robays (KCE), Sabine Stordeur (KCE), Stefaan Van de Sande (KCE), Leen Verleye (KCE)
Validateurs externes :	Luc Pineux (Société Scientifique de Médecine Générale), Stijn Van de Velde (CEBAM, président de la validation) et Philip Van der Wees (Harvard Medical School) ont validé ce guide selon la procédure du Centre belge pour l'Evidence-Based Medicine (CEBAM)
Stakeholders :	Jean Alexiou (RBSR), Xavier Bertelee (BBOT), Charlotte De Jonckheere (Federatie van Belgische Podologen), Benjamin Kerzmann (Belgian Society of Emergency and Disaster Medicine - BeSEDIM), Luc Lefebvre (Société Scientifique de Médecine Générale - SSMG), Pierre Maldague (Belgian Foot and Ankle Society - BFAS), Yves Maule (Association Francophone des Infirmier(e)s d'Urgence - AFIU), Lambert Stamatakis (Cabinet Ministre Des Affaires Sociales et Santé Publique), Peter Vaes (Axxon), Pieter Van Dyck (Royal belgian society of radiology - RBSR), Gert Verleyen (Vlaamse Vereniging Verpleegkundigen Spoedgevallenzorg - VVVS), Stefan Waegeneers (RIZIV - INAMI), Thierry Van Meerhaeghe (Association belge des podologues)
Autres intérêts déclarés :	Honoraires ou autres compensations pour la rédaction d'une publication ou la collaboration à un tel travail : Peter Vaes (promoteur de doctorats financés en partie par la VUB) Consultance ou emploi dans une société, association ou organisation à laquelle les résultats de ce rapport peuvent apporter des gains ou des pertes : Jan Gielen (travaille comme radiologue à l'UZA, conférencier), Xavier Bertelee (travaille pour une société spécialisée dans le matériel orthopédique) Rémunération pour une communication, subside de formation, prise en charge de frais de voyage ou paiement pour participation à un symposium : Guido Vyncke (professeur en thérapie manuelle au Belgian Association Manual therapy), Pieter Van Dyck (rémunérations reçues pour des congrès (hôtels, inscriptions, etc)) Présidence ou fonction de responsable au sein d'une institution, d'une association, d'un département ou d'une autre entité pour lequel les résultats de ce rapport pourraient avoir un impact : Philip Van der Wees



Participation à une étude scientifique ou expérimentale en qualité d'initiateur, de chercheur principal ('principal investigator') ou de chercheur : Philip Van der Wees

Layout : Ine Verhulst, Sophie Vaes

Disclaimer :

- **Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.**
- **Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.**
- **Finalement, ce rapport a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration.**
- **Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.**

Date de publication : 21 mars 2013

Domaine : Good Clinical Practice (GCP)

MeSH : Ankle injuries; diagnosis; therapeutics; practice guideline

Classification NLM : WE 880

Langue : français

Format : Adobe® PDF™ (A4)

Dépôt légal : D/2013/10.273/2

Copyright : Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd »
<http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-rapports-kce>.



Comment citer ce rapport ?

Roosen P, Willems T, De Ridder R, San Miguel L, Holdt Henningsen K, Paulus D, De Sutter A, Jonckheer P. Entorse de la cheville : diagnostic et traitement – synthèse. Good Clinical Practice (GCP). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2013. KCE Reports 197BS. D/2013/10.273/2

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.



■ PRÉFACE

Quand on se lance dans le développement de guides de pratique clinique, on s'expose parfois à des surprises. C'est ce qui nous est arrivé avec ce guide relatif au diagnostic et au traitement de l'entorse de la cheville. Notre premier étonnement a été de constater le petit nombre de guidelines récents sur l'entorse de la cheville : quatre seulement depuis l'an 2000. Cela ne signifie évidemment pas que l'entorse de la cheville soit un sujet peu important ; il s'agit après tout d'un traumatisme fréquent associé à un grand inconfort et à des frais médicaux élevés.

De plus, mais ceci explique peut-être cela, nous avons également été très surpris par l'absence de données scientifiques de bonne qualité relatives à l'efficacité de *traitements* pourtant largement utilisés dans la pratique courante, tels que l'association du repos, de la glace, de la compression et de l'élévation (RICE). Lorsque les études existent, elles ne sont pas de bonne qualité ou ne démontrent pas d'effet. Pour ceux qui sont chargés du développement des recommandations, le résultat est le même : il est impossible de formuler une recommandation fondée sur des preuves ! Ceci pourrait sans doute heurter le sens clinique des prestataires de soins de terrain, voire même amener certains à rejeter en bloc l'ensemble de la philosophie de la médecine factuelle.

Cette tension entre les données probantes (ou l'absence de celles-ci) et l'expérience clinique s'est bien évidemment fait ressentir au cours de l'étude lors de discussions avec les cliniciens et les experts. Cela nous a permis de formuler malgré tout une série de recommandations supplémentaires sur la base du consensus entre les experts. Ce n'est pas l'idéal, mais cela vaut mieux que rien. Il faut se rendre à l'évidence : il existe peu d'études sur les sujets dépourvus d'intérêts commerciaux importants.

La bonne nouvelle est que, pour le *diagnostic* de l'entorse de la cheville, la littérature présente des constats clairs. Le fait qu'en l'absence de certains signes cliniques, la radiographie systématique n'est pas recommandée en est l'un des plus importants.

Compte tenu de tous ces éléments, nous espérons que ce guide de pratique clinique pourra contribuer à choisir la meilleure approche possible dans la prise en charge de l'entorse de la cheville, c'est-à-dire celle qui évite l'exposition inutile aux rayons X et défavorise l'immobilisation par plâtre ou résine lorsque ce n'est pas absolument nécessaire.

Pour conclure, nous tenons à remercier les dizaines d'experts et de représentants des kinésithérapeutes, des infirmier(e)s urgentistes, des médecins urgentistes, des orthopédistes, des podologues, des médecins généralistes, des bandagistes et des radiologues qui ont contribué de manière constructive à faire de ce guide un instrument utilisable dans la pratique.

Christian LÉONARD
Directeur Général Adjoint

Raf MERTENS
Directeur Général



TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	3
INTRODUCTION.....	3
OBJECTIF ET CHAMP D'APPLICATION.....	3
METHODE	3
DIAGNOSTIC	5
TRAITEMENT	8
ALGORITHMES	11
Diagnostic	11
Traitement.....	12
DISCUSSION	13
RECOMMANDATIONS POLITIQUES	14



■ RÉSUMÉ

INTRODUCTION

L'entorse de la cheville est un motif fréquent de consultation tant en médecine générale que dans les services d'urgence.

Depuis 1992, les règles d'Ottawa offrent des critères cliniques d'aide à la décision concernant la nécessité de faire ou non une radiographie après une entorse de la cheville (voir plus bas). En pratique cependant, le risque de litige, les politiques des compagnies d'assurance (p.ex. accidents de sport ou de travail) ou la demande des patients peuvent remettre en cause l'applicabilité de ces règles. En outre, il existe d'autres méthodes de diagnostic comme l'échographie ou le scanner dont la performance pose question.

Le traitement des entorses de la cheville est aussi sujet à controverse. Les modalités thérapeutiques couramment utilisées sont nombreuses (repos, médications, contentions, kinésithérapie...) et leur application varie en fonction des prestataires de soins. Les cliniciens impliqués dans ce guide de pratique clinique ont notamment soulevé la question de l'efficacité de l'immobilisation et des différents moyens de contention de la cheville.

OBJECTIF ET CHAMP D'APPLICATION

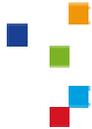
L'objectif de ce guide de pratique clinique est d'offrir une vue d'ensemble des données probantes actuelles relatives à l'entorse de la cheville et de formuler des recommandations aux prestataires de soins concernés par la prise en charge de cette lésion.

Ce guide porte sur le diagnostic et le traitement conservateur des **entorses latérales aiguës** de la cheville chez les **adultes** et les **jeunes** (16 ans et plus). Les spécificités des athlètes et l'aspect chirurgical éventuel du traitement ne sont pas pris en compte.

METHODE

Recherche systématique de littérature

Une recherche de recommandations de bonne pratique clinique a été effectuée dans plusieurs bases de données (p.ex. National Guideline



Clearinghouse, SIGN, NICE, G.I.N.). Une recherche de revues systématiques de littérature et d'études primaires a été conduite dans Medline (OVID), EMBASE, la « Cochrane database of systematic reviews », PEDro, CINAHL et Medion. Deux chercheurs indépendants ont effectué la sélection, l'évaluation de la qualité des études et l'extraction des données. Une approche hiérarchique a été appliquée:

1. Extraction des données provenant des revues systématiques et des méta-analyses; en l'absence de revues systématiques ou de méta-analyses de haute qualité, les recommandations cliniques de bonne qualité ont été prises en considération comme point de départ.
2. Recherche d'études primaires plus récentes (études randomisées contrôlées et études prospectives) pour compléter les données probantes identifiées lors de la première étape.

La recherche couvre la période du 01/01/2000 au 06/12/2011.

Elaboration des recommandations

Sur la base des données probantes obtenues, les chercheurs du KCE (PJ, DP, KH, LS) ont formulé des recommandations. Un niveau de preuve et une force ont été alloués à chaque recommandation selon la méthodologie GRADE (Tableaux 1 & 2).

Les recommandations ont ensuite été soumises à un groupe d'experts et de représentants d'organisations professionnelles (voir colophon). Ce groupe a eu l'opportunité d'attribuer un score à chaque recommandation (de 1 'pas du tout d'accord' à 5 'totalement d'accord') et d'en discuter lors d'une réunion.

Finalement, trois experts extérieurs ont évalué et validé le guide de pratique clinique sur la base de la grille AGREE II. Le processus de validation a été présidé par le CEBAM (Centre belge pour l'Evidence-Based Medicine). A la demande des validateurs, les recommandations basées sur un consensus d'experts ont été intitulées 'Meilleures pratiques'.

Les déclarations d'intérêts ont été officiellement enregistrées.

Tableau 1 – Niveaux de preuve selon le système GRADE.^a

Niveau	Définition	Qualité méthodologique
Elevé	Nous sommes très confiants que l'effet réel est proche de l'estimation de l'effet.	RCT sans limitations importantes ou preuves irréfutables provenant d'études d'observation.
Modéré	Nous sommes modérément confiants en l'estimation de l'effet : l'effet réel est probablement proche de l'estimation, mais il y a une possibilité qu'il soit considérablement différent.	RCT comportant des limitations importantes (résultats incohérents, faiblesses méthodologiques, méthodes indirectes ou imprécises) ou exceptionnellement des preuves solides émanant d'études d'observation.
Faible	Notre confiance en l'estimation est limitée : l'effet réel peut être considérablement différent de l'estimation.	RCT comportant des limitations très importantes ou études d'observation ou séries de cas.
Très faible	Nous avons très peu confiance en l'estimation de l'effet : l'effet réel est probablement considérablement différent de l'estimation.	

Tableau 2 – Force des recommandations selon le système GRADE.^b

Grade	Définition
Forte	Les effets bénéfiques de l'intervention l'emportent très certainement sur les risques (<i>l'intervention est à mettre en pratique</i>) ou les effets indésirables de l'intervention l'emportent très certainement sur les bénéfices attendus (<i>l'intervention est à éviter</i>).
Faible	Les effets bénéfiques de l'intervention l'emportent probablement sur les risques (l'intervention est probablement à mettre en pratique) ou les effets indésirables de l'intervention l'emportent probablement sur les bénéfices attendus (l'intervention est probablement à éviter).

^a Balshem H, Helfand M, Schunemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. J Clin Epidemiol. 2011;64(4):401-6.

^b Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Falck-Ytter Y, Vist GE, Liberati A, et al. Going from evidence to recommendations.[Erratum appears in BMJ. 2008 Jun 21;336(7658):doi:10.1136/bmj.a402]. BMJ. 2008;336(7652):1049-51.



RECOMMANDATIONS CLINIQUES

Tous les détails de la base scientifique sur laquelle s'appuient ces recommandations et meilleures pratiques peuvent être consultés dans le rapport scientifique et son supplément. Les tableaux respectent la succession des chapitres du rapport scientifique.

Diagnostic

Anamnèse

Meilleures pratiques (consensus d'experts)

Une anamnèse est recommandée dans l'évaluation initiale de l'entorse aiguë de la cheville. Elle doit porter au moins sur le mécanisme ayant causé la lésion, les premiers symptômes et leur évolution, les premiers soins prodigués, les antécédents d'entorses de la cheville et un historique médical global.

Examen clinique

Meilleures pratiques (consensus d'experts)

L'inspection et la palpation doivent faire partie de l'évaluation initiale de l'entorse aiguë de la cheville.

Une estimation de la sévérité de la lésion doit être tentée durant l'évaluation initiale de l'entorse aiguë de la cheville, en se basant sur les symptômes et l'examen clinique.

Une réévaluation clinique de la lésion doit être effectuée 3 à 4 jours après le traumatisme afin de confirmer le degré de sévérité de l'entorse.

Règles d'Ottawa

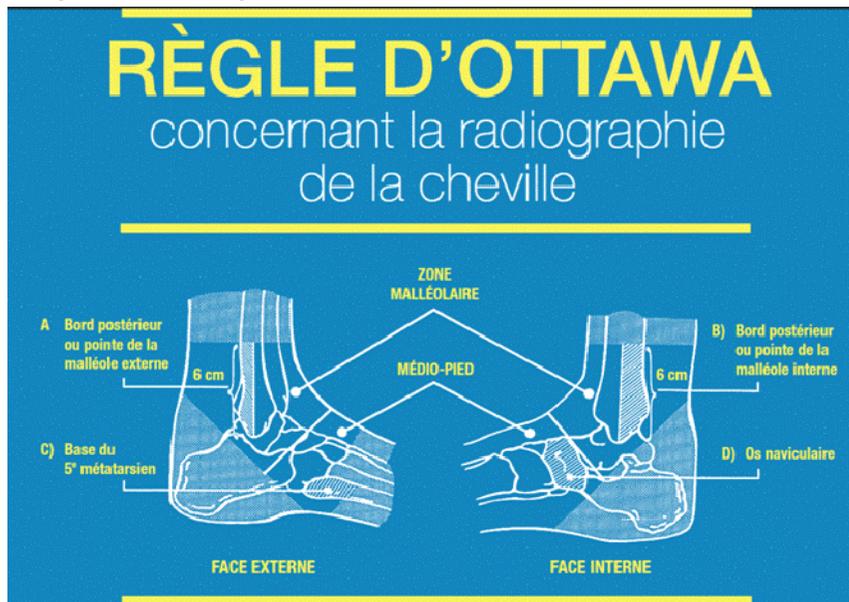
Recommandations	Force de la recommandation	Niveau de preuve
Il est recommandé d'appliquer les règles d'Ottawa (Figure 1) pour exclure une fracture après une entorse aiguë de la cheville.	Forte	Modéré
Les professionnels de la santé doivent être formés à l'application des règles d'Ottawa.	Forte	Faible

Meilleures pratiques (consensus d'experts)

Les résultats de l'application des règles d'Ottawa doivent être systématiquement documentés dans le dossier médical de chaque patient présentant une entorse aiguë de la cheville.

Il n'est pas recommandé d'utiliser d'autres tests cliniques (e.g. tiroir talien antérieur, baillement tibio-talien latéral, diapason) ou d'autres règles (comme les règles de Bernese, d'Utrecht ou de Leiden).

Figure 1. Les règles d'Ottawa



Reproduit avec la permission de l'Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa

Demander une radiographie de la cheville seulement

s'il y a douleur dans la zone malléolaire et l'un des signes suivants :

1. douleur osseuse au point A
OU
2. douleur osseuse au point B
OU
3. incapacité de faire 4 pas complets tout de suite après le traumatisme et à l'urgence.

Demander une radiographie du pied seulement

s'il y a douleur au médio-pied et l'un des signes suivants :

1. douleur osseuse au point C
OU
2. douleur osseuse au point D
OU
3. incapacité de faire 4 pas complets tout de suite après le traumatisme et à l'urgence.

RECOMMANDATIONS

Appliquez la règle d'Ottawa avec précision :

- Palpez la partie postérieure du fibula et du tibia sur une hauteur de 6 cm
- Ne négligez pas l'importance d'une douleur à l'os malléolaire médial
- Ne suivez pas la règle si le patient a moins de 18 ans

Le jugement clinique doit prévaloir sur la règle si le patient :

- est en état d'ébriété ou ne collabore pas
- a d'autres blessures douloureuses qui peuvent altérer son attention
- éprouve une sensation réduite dans les jambes
- a une enflure importante qui vous empêche de palper l'os malléolaire.

Donnez au patient des directives écrites et encouragez-le à consulter de nouveau dans 5 à 7 jours s'il a de la douleur et ne constate aucune amélioration de sa capacité de marcher.

STIELL, I.G., IR.D. MCKNIGHT, C.H. GREENBERG et collab. « Implementation of the Ottawa Ankle Rules », JGMA, n° 271 (1996), p. 827-832.

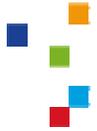


Imagerie

Recommandations	Force de la recommandation	Niveau de preuve
<p>Si l'application des règles d'Ottawa donne des résultats positifs, une radiographie de bonne qualité (trois incidences) est recommandée pour exclure une fracture.</p>	Forte	Modéré
<p>Si l'application des règles d'Ottawa donne des résultats positifs, une échographie réalisée par un médecin spécifiquement formé à l'échographie ostéo-articulaire peut être envisagée afin d'exclure une fracture, ce qui réduit la nécessité d'effectuer une radiographie. Toutefois, les experts soulignent le fait que les contraintes d'organisation (temps d'attente, indisponibilité de radiologue formé) peuvent amener à considérer la radiographie comme la technique diagnostique de première ligne.</p>	Faible	Très faible
<p>Si l'application des règles d'Ottawa donne des résultats négatifs, il est recommandé de ne pas réaliser de radiographie lors de l'évaluation initiale de l'entorse aiguë de la cheville.</p>	Forte	Modéré
<p>L'imagerie par résonance magnétique (IRM) ne doit pas faire partie de l'évaluation initiale de l'entorse aiguë de la cheville.</p>	Forte	Très faible
<p>Aucune recommandation ne peut être formulée concernant l'utilisation du CT scan pour le diagnostic de l'entorse aiguë de la cheville (absence de données probantes).</p>		

Meilleures pratiques (consensus d'experts)

Les patients doivent systématiquement être informés de l'inutilité d'une radiographie lorsque l'application des règles d'Ottawa donne des résultats négatifs.



Traitement

Médication

Recommandations	Force de la recommandation	Niveau de preuve
L'usage d'un anti-inflammatoire non stéroïdien sous forme topique (diclofenac, ibuprofen, et piroxicam) est recommandé pour soulager la douleur de l'entorse aiguë de la cheville.	Forte	Modéré
Il n'existe pas de données probantes qui permettent de recommander l'utilisation d'un emplâtre combinant du diclofenac et de l'héparine dans l'entorse aiguë de la cheville.	Faible	Faible
Il n'existe pas de données probantes qui permettent de recommander l'utilisation d'un onguent à base de consoude dans l'entorse aiguë de la cheville.	Faible	Très faible
L'usage du paracétamol aux doses thérapeutiques (4 x 500 mg à 4 x 1 g/jour) est recommandé comme traitement additionnel aux anti-inflammatoires non stéroïdiens topiques pour soulager la douleur de l'entorse aiguë de la cheville.	Forte	Faible
L'usage d'un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) par voie orale peut être envisagé à la place d'un anti-inflammatoire non stéroïdien topique lorsque ce dernier, combiné au paracétamol, n'est pas efficace pour soulager la douleur de l'entorse aiguë de la cheville.	Faible	Faible
L'utilisation d'un AINS COX-2 sélectif devrait être envisagée chez les patients atteints de pathologie gastro-intestinale, rénale ou hépatique.	Faible	Faible
La diosmine combinée à l'hesperidine ne peut pas être recommandée dans le traitement de l'œdème lié à l'entorse aiguë de la cheville	Faible	Très faible



Repos, Glace, Compression, Élévation (RICE- Rest, Ice, Compression, Elevation)

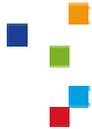
Recommandations	Force de la recommandation	Niveau de preuve
Il n'existe pas de données probantes de qualité qui permettent de recommander l'usage du repos dans l'entorse aiguë de la cheville.	Faible	Très faible
Il n'existe pas de données probantes de qualité qui permettent de recommander l'application de froid dans l'entorse aiguë de la cheville.		
Il n'existe pas de données probantes de qualité qui permettent de recommander une compression dans l'entorse aiguë de la cheville.		
L'absence d'études de bonne qualité ne permet pas d'évaluer l'efficacité ni de recommander une surélévation du membre inférieur dans l'entorse aiguë de la cheville		
L'absence d'études de bonne qualité ne permet pas d'évaluer l'efficacité ni de recommander une combinaison du repos, de la glace, de la compression et de l'élévation du membre inférieur dans le traitement de l'entorse aiguë de la cheville.		

Meilleures pratiques (consensus d'experts)

Il est conseillé de mettre la cheville au repos en évitant l'appui durant les 3 premiers jours suivant une entorse aiguë de la cheville afin d'éviter une surcharge précoce et de diminuer la douleur.

Electro-physiothérapie

Recommandations	Force de la recommandation	Niveau de preuve
Les ultrasons à visée thérapeutique ne sont pas recommandés dans le traitement de l'entorse aiguë de la cheville.	Forte	Faible
Le laser n'est pas recommandé dans le traitement de l'entorse aiguë de la cheville.	Forte	Très faible



Contention

Recommandations	Force de la recommandation	Niveau de preuve
Une contention non rigide (bandage, chevillère élastique, « tape ») ou semi-rigide (orthèse) est préférable à une immobilisation plâtrée pour le traitement immédiat de l'entorse aiguë non sévère de la cheville.	Forte	Faible
Dans les entorses sévères, avec impossibilité de prendre appui après 3 jours, une courte période d'immobilisation par une attelle jambière (en plâtre ou en résine) jusqu'en dessous du genou peut être envisagée au cas par cas.	Forte	Faible

Meilleures pratiques (consensus d'experts)

L'utilisation d'un simple bandage élastique non adhésif n'est pas conseillée dans le traitement de l'entorse aiguë de la cheville.

Exercice

Recommandations	Force de la recommandation	Niveau de preuve
Une rééducation précoce par exercice (incluant un entraînement proprioceptif) est recommandée dans le traitement de l'entorse aiguë de la cheville. Il n'existe pas de données probantes qui permettent de faire une différence entre les types d'intervention ou la manière de les effectuer (exercices non supervisés à domicile ou exercices supervisés en cabinet clinique).	Forte	Faible

Thérapie manuelle

Recommandations	Force de la recommandation	Niveau de preuve
La thérapie manuelle ne peut être recommandée dans le traitement de l'entorse aiguë de la cheville.	Faible	Très faible

Information du patient

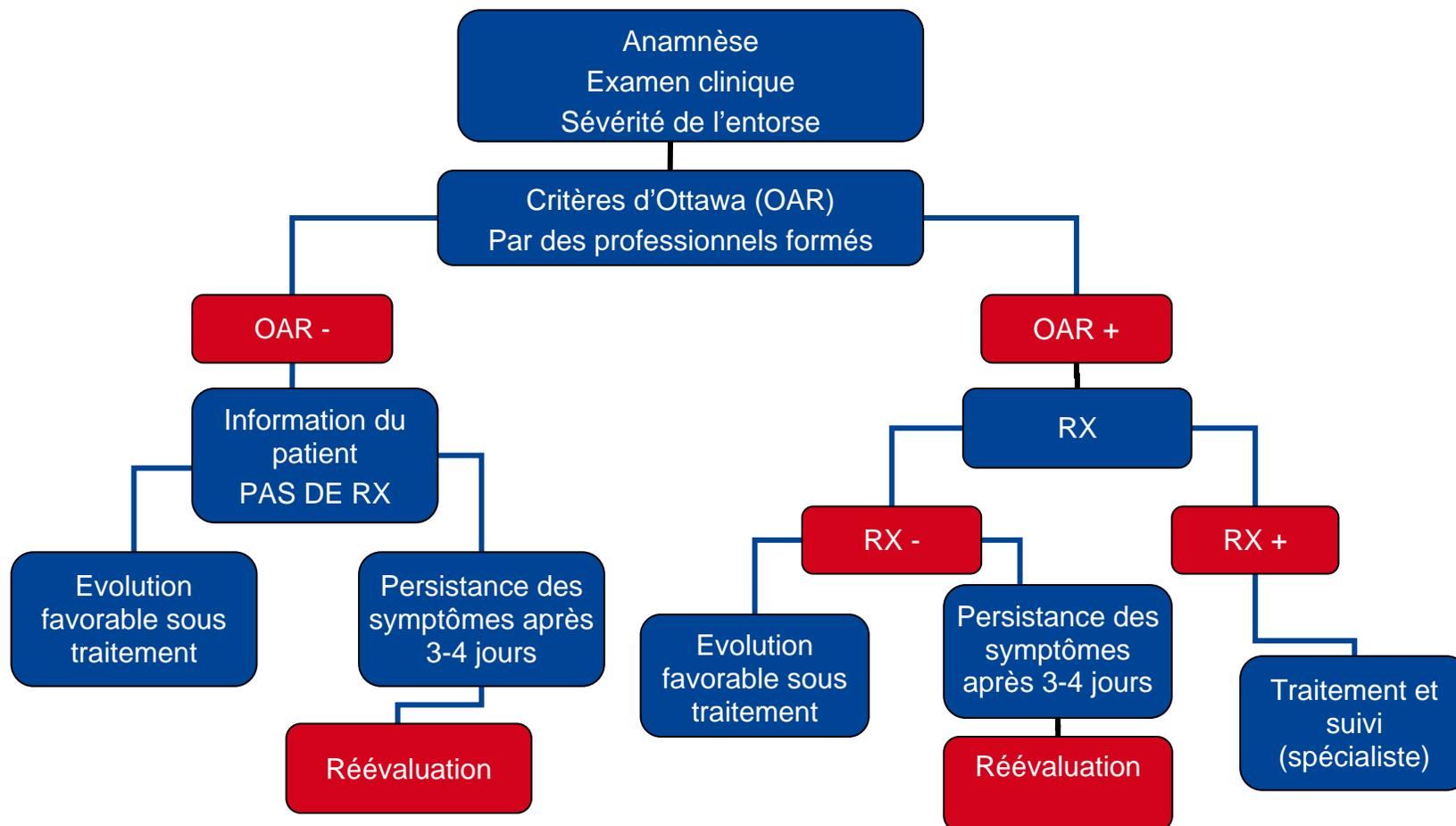
Meilleures pratiques (consensus d'experts)

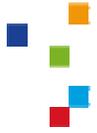
Les patients doivent être systématiquement informés des bénéfices et des risques liés à chaque traitement ainsi que des signes évocateurs d'une évolution défavorable de l'entorse aiguë de la cheville.



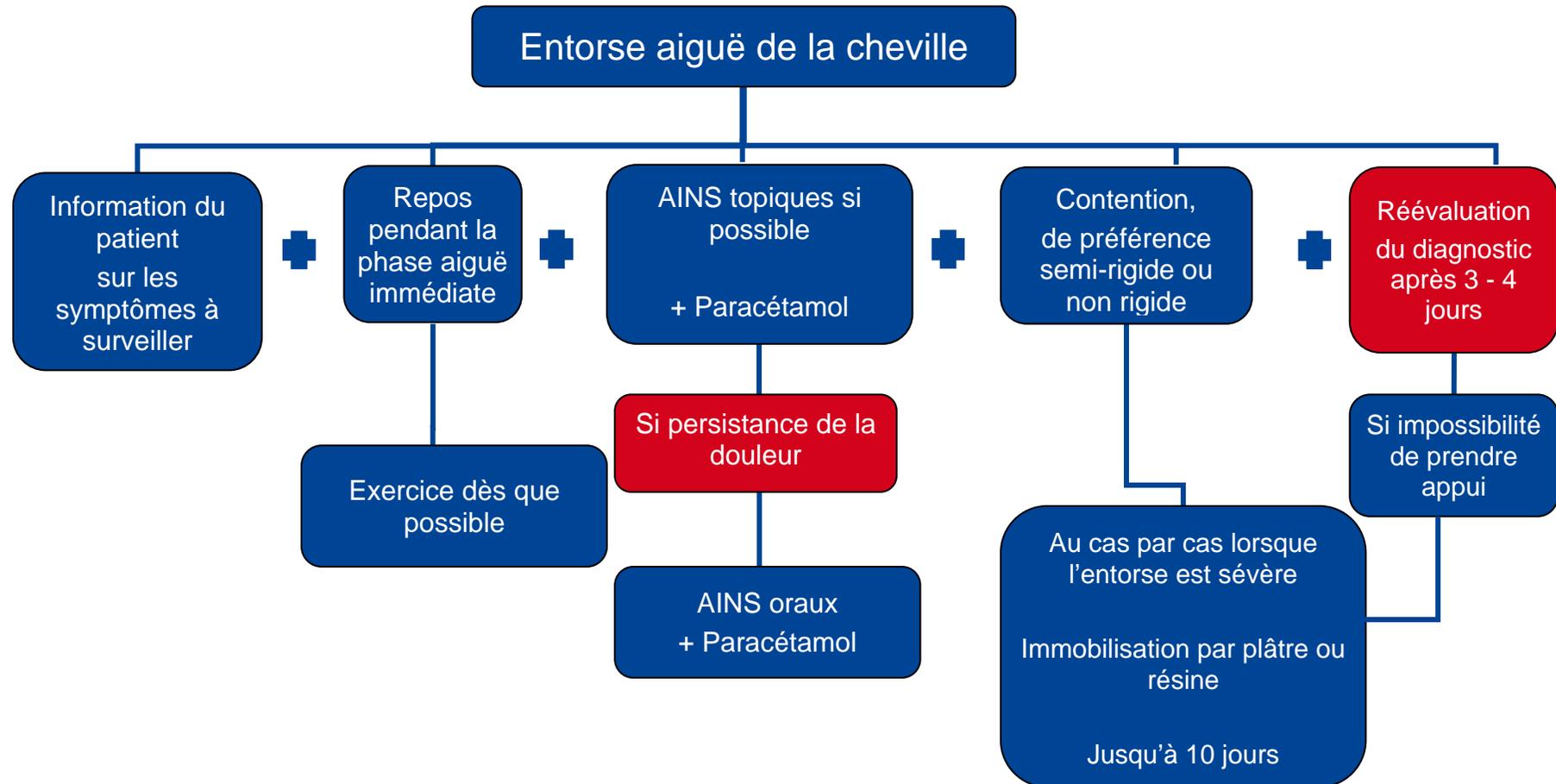
ALGORITHMES

Diagnostic





Traitement





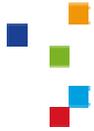
DISCUSSION

Concernant le **diagnostic**, le message principal de cette étude est certainement l'importance d'appliquer les règles d'Ottawa pour éviter la réalisation d'une radiographie. Cette étude met par ailleurs en évidence l'insuffisance de données probantes relatives à certaines autres techniques diagnostiques.

De même, pour un certain nombre d'**interventions thérapeutiques** fréquemment effectuées en pratique clinique, les données probantes ont un niveau de preuve très faible ou sont totalement absentes. Une illustration en est la rareté des données qui sous-tendent l'utilisation de « RICE » (repos, glace, compression et élévation). Néanmoins, l'absence de preuves scientifiques ne signifie pas une preuve de l'absence d'un

effet. Afin d'aider les prestataires de soins dans leurs décisions, les experts impliqués dans le développement de ce guide de pratique clinique ont formulé certaines options thérapeutiques basées sur un consensus. Le message le plus important qui émane de ce travail est probablement que l'adhésion aux algorithmes proposés devrait épargner aux patients des radiographies injustifiées et une immobilisation inutile de la cheville.

L'impact de ce message dépend cependant de sa diffusion par les associations de professionnels de la santé. L'implication de représentants des associations de kinésithérapeutes, d'infirmier(e)s d'urgence, de médecins urgentistes, de médecins généralistes, de chirurgiens orthopédistes, de radiologues et de podologues dans le processus de développement de ce guide de pratique clinique contribuera sans conteste à sa dissémination et à son utilisation dans la pratique quotidienne.



■ RECOMMANDATIONS POLITIQUES^c

A l'attention du Conseil National de Promotion de la Qualité (CNPQ) et des sociétés scientifiques de kinésithérapeutes, d'infirmier(e)s d'urgence, de médecins urgentistes, de médecins généralistes, de chirurgiens orthopédistes, de radiologues et de podologues :

- Ce guide de pratique clinique devrait être diffusé et décliné en procédures, protocoles, programmes d'éducation, vade mecums, EBMPacticeNet... dans un format qui soit facile à utiliser dans la pratique quotidienne.
- Des indicateurs de processus et de résultats devraient être développés en se basant sur les recommandations contenues dans ce guide de pratique clinique.

Pour les recherches futures :

- On constate un manque d'études qui prennent la sévérité de l'entorse en considération dans leur design. Sont nécessaires en particulier des études portant sur la définition précise du diagnostic d'entorse légère, modérée ou sévère, sur la relation entre la sévérité et le traitement, ainsi que des études avec un suivi à long terme permettant d'évaluer l'impact du traitement sur le risque de récurrence.

^c Le KCE reste seul responsable des recommandations.

