

# REPRISE DU SPORT APRÈS UNE CHIRURGIE

D'INSTABILITÉ CHRONIQUE LATÉRALE  
DE LA CHEVILLE SOUS ARTHROSCOPIE

PAR ALEXANDRE HARDY ET OMAR LAZREK



*Le taux de reprise du sport après chirurgie d'instabilité chronique latérale de la cheville sous arthroscopie est de 75% avec un délai médian de 6 mois (4-8), dont 55% à un niveau supérieur ou équivalent à 12 mois. Le principal facteur statistiquement associé à la reprise du sport est la motivation préopératoire à le reprendre (Figure 1).*

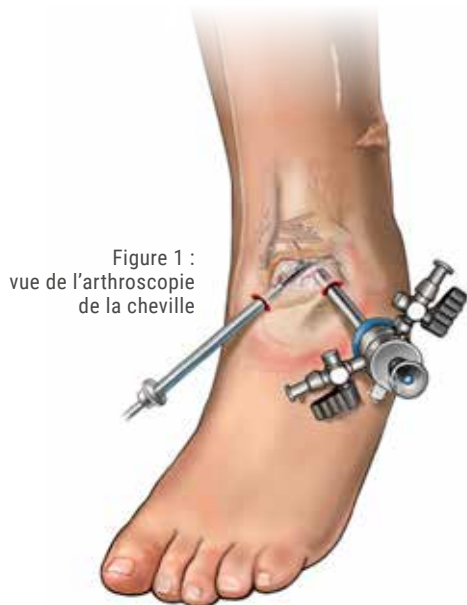


Figure 1 :  
vue de l'arthroscopie  
de la cheville

Les entorses de la cheville sont extrêmement fréquentes ; elles représentent 15-20% de toutes les blessures liées au sport. **La fréquence des entorses de cheville est de 6000 cas par jour en France** et représentent 4 à 7 % des consultations aux urgences. Le traitement fonctionnel des entorses aiguës (repos, glace, compression et élévation) et une rééducation bien menée permet dans la plupart des cas un retour au sport pour le patient. En cas d'échec du traitement conservateur avec instabilité chronique résiduelle, une prise en charge chirurgicale est indiquée pour limiter le risque d'arthrose tibio-talienne, se majorant à chaque épisode d'instabilité.

En effet, si la chirurgie actuelle permet de contrôler efficacement l'instabilité, elle est moins performante pour en gérer les séquelles (lésions cartilagineuses et arthrose). On différencie les techniques de réparation du ligament talo-fibulaire antérieur (LTFA) (retente ligamentaire avec ou sans renfort) et celles de reconstruction ligamentaire. Ce choix se fait en général en fonction de l'état du LTFA résiduel qui peut être évalué à l'IRM ou en per opératoire. Les types de reconstructions ont évolué au cours de ces dernières années avec l'apparition de techniques de reconstruction anatomique qui ont montré de meilleurs résultats que les techniques de ténodèses historiques. L'autre grande nouveauté de ces chirurgies est l'apparition de l'arthroscopie, cette chirurgie mini invasive permet une évaluation simultanée

de l'ensemble des lésions potentiellement associées à l'instabilité (jusqu'à 9 cas sur 10 en cas d'instabilité chronique) ainsi que leur traitement.

## 1. L'INSTABILITÉ CHRONIQUE DE LA CHEVILLE

### 1.1. Entorse aiguë de la cheville

L'entorse est une lésion ligamentaire traumatique due à un mécanisme indirect et n'entraînant pas de perte (permanente ou temporaire) des rapports normaux des surfaces articulaires. Le ligament collatéral latéral (LCL) de la cheville est formé de 3 faisceaux, un faisceau antérieur ou ligament talo-fibulaire antérieur (LTFA), un faisceau moyen ou ligament calcanéo-fibulaire (LCF), et un faisceau postérieur ou ligament talo-fibulaire postérieur.

La gravité de cette entorse dépend du degré d'atteinte du LCL, on distingue 3 formes cliniques :

- + **Entorse bénigne** : Élongation ligamentaire sans rupture complète d'un ou plusieurs faisceaux du LCL.
- + **Entorse de moyenne gravité** : Rupture complète du faisceau antérieur du LCL, sans brèche capsulaire.
- + **Entorse grave** : Rupture complète du faisceau antérieur étendue en arrière au faisceau moyen +/- au faisceau postérieur, avec brèche capsulaire.

Les mécanismes lésionnels du LCL peut se faire en inversion :

- + Flexion-plantaire-supination-rotation interne entraînant une lésion du faisceau antérieur,

la chirurgie actuelle permet de contrôler efficacement l'instabilité

- + En varus pur (supination en flexion dorsale) entraînant une lésion du faisceau moyen
- + En rotation interne entraînant une lésion du faisceau antérieur.

### 1.2. Traitement médicale de l'instabilité chronique de la cheville

En cas de signe d'entorse sévère (douleur importante, œdème et hématome important, impotence fonctionnelle) et après avoir éliminé une fracture par une radiographie standard, une immobilisation par une botte de marche pour une durée de 10-15 jours devra être prescrite. Par la suite une rééducation progressive pourra être débutée. **Un traitement médical bien conduit, permet dans la majorité des cas l'obtention d'une cheville stable, fonctionnelle et indolore.** La Chirurgie n'est proposée au patient qu'en cas d'échec du traitement médical.

### 1.3. Traitement chirurgicale des instabilités chronique de la cheville

L'instabilité chronique de la cheville peut entraîner des dégâts du cartilage qui évolue vers l'arthrose, l'instabilité chronique en est la deuxième cause la plus fréquente. Il est donc fondamental en cas d'échec du traitement médical de proposer un traitement chirurgical pour stopper le cycle de récidence du patient. Les traitements chirurgicaux comprennent les procédures de réparation ou de reconstruction.

**Les techniques arthroscopiques récentes permettent désormais comme à ciel ouvert** de réaliser :

- + soit une réparation ligamentaire (= rétention des faisceaux distendus du LCL +/- avec un renfort),
- + soit une reconstruction ligamentaire (= ligamentoplastie anatomique). Le choix de la technique se fait en fonction de la qualité des tissus résiduels, du type de sport, de la corpulence du patient...

Formation en **THÉRAPIE MANUELLE** rigoureuse  
Application sûre et immédiate en cabinet



Figure 2 :  
vue articulaire du LTFA par voie  
d'abord au niveau du sinus tarse  
(Empreinte talaire (TF) du LTFA,  
(LT) côté latéral du talus)

Figure 3 et 4 :  
reconstruction sous arthroscopie  
du LTFA et du LCF à l'aide de  
greffons du droit interne<sup>[10]</sup>



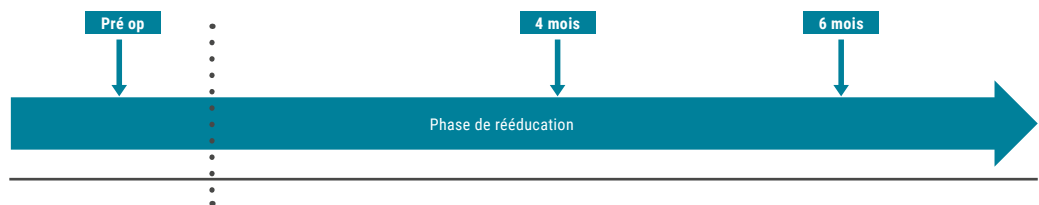
### Les options chirurgicales

- ⊕ La procédure Broström correspond à une réparation anatomique du ligament talo-fibulaire antérieur (LTFA) et du ligament calcanéofibulaire (LCF) qui seront retendus sur une ancre au niveau de leur insertion sur la fibula. (Figure 2)
- ⊕ L'autre option chirurgicale<sup>[10]</sup> correspond à la reconstruction anatomique de l'LTFA et LCF à l'aide de greffons de tendon des ischio-jambiers (Droit interne). (Figure 3 - 4)

Ces deux procédures peuvent désormais être réalisées sous arthroscopie. Les suites post opératoires passent par une immobilisation dans une botte de marche avec appui pendant une durée de 3 semaines, puis la botte peut être abandonnée et la kinésithérapie débutée.

## 2. REPRISE DU SPORT

Les patients sélectionnés pour la chirurgie sont généralement jeunes et sportifs, et l'objectif le plus important de la chirurgie d'instabilité chronique latérale de la cheville est de leur permettre de retrouver leur niveau sportif<sup>[7, 8]</sup>. Le sport est autorisé en fonction de l'évolution clinique postopératoire et du ressenti du patient.



**Le taux et le délai de reprise du sport après chirurgie d'instabilité chronique latérale de la cheville sous arthroscopie met en évidence un taux de reprise du sport de 75% à 12 mois (55% à un niveau supérieur ou équivalent) avec un délai médian de 6 mois<sup>[4-8]</sup>. Le taux et délai de reprise du sport étaient statistiquement associés à la motivation préopératoire. Le délai médian de reprise du sport est de 4,5 mois chez les patients ayant une très grande motivation.**

Pour évaluer la capacité à reprendre le sport des scores composites sont en cours de développement. **L'ankle ligament reconstruction-return to sport after injury (ALR-RSI) a été développé notamment pour identifier les patients qui sont psychologiquement prêts à retourner au même sport.** Une revue systématique publiée par Ardern et al. <sup>[9]</sup>, c'est penché sur les facteurs psychologiques associés au retour

permet dans  
la majorité des  
cas l'obtention  
d'une cheville  
stable,  
fonctionnelle et  
indolore.

sont  
généralement  
jeunes et  
sportifs



au sport après une blessure. Ils ont montré que la motivation, la confiance et une faible peur étaient associées à une probabilité accrue de revenir au niveau d'avant la blessure. En revanche, la peur s'est imposée comme l'émotion négative la plus forte empêchant un retour rapide et complet au sport

## EN RÉSUMÉ

Le traitement de l'instabilité de cheville sous arthroscopie est de plus en plus populaire et permet de réaliser l'ensemble des techniques de réparation / reconstruction du plan latéral de la cheville avec une rançon cicatricielle moindre et un traitement de l'ensemble des lésions associées.

## BIBLIOGRAPHIE

1. **BUERER Y., WINKLER M., BURN A., CHOPRA S., CREVOISIER X.** Evaluation of a modified Broström-Gould procedure for treatment of chronic lateral ankle instability: A retrospective study with critical analysis of outcome scoring. *Foot Ankle Surg Off J Eur Soc Foot Ankle Surg.* mars 2013;19(1):36-41.
2. **CORDIER G., OVIGUE J., DALMAU-PASTOR M., MICHELS F.** Endoscopic anatomic ligament reconstruction is a reliable option to treat chronic lateral ankle instability. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc Off J ESSKA.* Janv 2020;28(1):86-92.
3. **LOPES R., ANDRIEU M., CORDIER G., MOLINIER F., BENOIST J., COLIN F., ET AL.** Arthroscopic treatment of chronic ankle instability: Prospective study of outcomes in 286 patients. *Orthop Traumatol Surg Res OTSR.* 2018;104(8S):S199-205.
4. **LI H, HUA Y, LI H, MA K, LI S, CHEN S.** Activity Level and Function 2 Years After Anterior Talofibular Ligament Repair: A Comparison Between Arthroscopic Repair and Open Repair Procedures. *Am J Sports Med.* juill 2017;45(9):2044-51.
5. **YASUI Y, MURAWSKI CD, WOLLSTEIN A, KENNEDY JG.** Reoperation rates following ankle ligament procedures performed with and without concomitant arthroscopic procedures. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc Off J ESSKA.* Juin 2017;25(6):1908-15.
6. **MABIT C, TOURNÉ Y, BESSE J-L, BONNEL F, TOULLEC E, GIRAUD F, ET AL.** Chronic lateral ankle instability surgical repairs: the long term prospective. *Orthop Traumatol Surg Res OTSR.* juin 2010;96(4):417-23.
7. **HØLMER P, SØNDERGAARD L, KONRADSEN L, NIELSEN PT, JØRGENSEN LN.** Epidemiology of sprains in the lateral ankle and foot. *Foot Ankle Int* 15:72-74. (1994)
8. **SHAWEN SB, DWORAK T, ANDERSON RB.** Return to Play Following Ankle Sprain and Lateral Ligament Reconstruction. *Clin Sports Med* 35:697-709. (2016).
9. **ARDERN CL, TAYLOR NF, FELLER JA, WEBSTER KE.** A systematic review of the psychological factors associated with returning to sport following injury. *Br J Sports Med* 47:1120-1126. (2013)
10. **MICHELS F, CORDIER G., BURSSENS A., VEREECKE E., GUILLO S.** *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* (2016) 24:1007-1014.



**L'ASSURANCE D'UNE  
FABRICATION FRANÇAISE**

Table Kin 10 2 plans



Fauteuil QUAD 100



Presse latérale



CE  
FRANCE  
depuis  
15  
ANS

ML Fusion/ Design Kinexo  
5408B ou 1 Route d'Estaires  
62136 La Couture

03 21 53 82 67  
06 48 18 57 05

www.design-kinexo.fr  
designkinexo@gmail.com