

Dx : Entorse de cheville basse Droite
Entorse de cheville haute Gauche

Modalités passives de physiothérapie	Aigue	Sub-Aigue	Entraînement de base	Entraînement avancé
Médication : AINS + Acétaminophen PRN	X			
Décharge avec béquilles : Entorse basse : Complète pour 3 à 5 jours puis selon tolérance. Entorse haute : Complète pour 3 semaines puis selon tolérance.	X			
Glace : dans un sac de plastique, 20 minutes directement sur l'endroit affecté, aux 2 heures pendant les premiers jours, puis PRN	X	X		
Compression : AirCast ou lacer la ASO sans serrer les sangles	X	X		
Élévation : Lorsqu'assis ou couché, élever la jambe affectée	X			
Protection : - Attelle plâtrée pendant la période de décharge complète, puis Aircast pendant la période de mise en charge selon tolérance - Dès le début des exercices et plus tard pour les sports, garder au besoin une orthèse semi-rigide ASO, avec un tape circulaire des malléoles pour les entorses hautes (PRN).	X	X	X	X
Mobilisation /Thérapie manuelle : - Si nécessaire à cause d'un grand manque de mobilité articulaire		X		

Exercices	Aigue	Sub-Aigue	Entraînement de base	Entraînement avancé
Assis, talon au sol, circumduction de la cheville. - 2 fois 10 tours dans les 2 sens (horaire et anti-horaire)	X	O		
Assis, dorsiflexion passive en reculant le pied sous la chaise. - 3 fois 20 secondes		X	O	
Debout, équilibre unipodal, yeux ouverts. - Essayer pendant 3 minutes		X	O	
Debout, flexion plantaire du sol, bipodal. - 3 fois 10 répétitions		XO		
Assis, inversion et éversion résistantes avec une bande élastique - 3 fois 10 répétitions de chaque exercice		XO		
Flexion plantaire unipodale. - 3 fois 10 répétitions			XO	
Lacer et attraper une balle en station unipodale - 3 fois 10 répétitions			XO	
Arabesque – flexion de la hanche en appui unipodal sur le membre affecté, genoux en extension - 3 fois 10 répétitions			XO	O
Dessiner un cadran d'horloge : En station unipodale sur le pied atteint, allonger l'autre pied le plus loin possible vers chacune des heures d'un demi-cadran d'horloge. - 5 fois chacune des 7 directions			XO	O
Appui unipodal sur un oreiller, matelas, trampoline, ou autre surface instable. - Essayer pendant 3 minutes		X	X	O
Squat à une jambe, en contrôlant bien le genou - 3 fois 8 répétitions, avec le genou qui descend au niveau de la malléole.			XO	XO
Sauts latéraux en unipodal, de chaque côté d'une ligne. - Le plus de saut possibles en 30 secondes, 3 fois.				XO
Sauts en unipodal autour d'un carré (avant, droite, arrière, gauche, et recommencer) - 3 fois 4 tours, bien contrôlés, avec plus de précision que de vitesse				XO

X = prescription des exercices pour entorses latérales ou médiales simples
O = prescription des exercices pour entorses hautes

Prise en charge en physiothérapie des entorses de cheville

Souvent, les entorses de chevilles sont considérées bénignes et leur suivi médical est très bref. L'état des patients s'améliore rapidement, et le suivi est souvent cessé trop tôt. Toutefois, le taux de récurrence est particulièrement élevé, ce qui laisse croire que la prise en charge n'est pas optimale. En retournant au sport avec des déficits, le patient est à risque de se blesser à nouveau. Nous avons donc construit un programme de réadaptation simple d'utilisation qui peut guider un physiothérapeute dans la prise en charge d'un patient suite à une entorse de cheville.

Le plan de traitement est divisé en quatre phases, avec des spécificités données selon 2 catégories d'entorses : les entorses de la syndesmose tibio-fibulaire inférieure (entorses hautes) et les entorses basses des complexes ligamentaires médiaux ou latéraux. Cette distinction vient de la gravité plus grande des entorses de la syndesmose, et de leur plus longue durée de guérison. Les informations sont présentées en 2 tableaux, sur les pages suivantes. Dans le tableau d'exercices, des X et des O indiquent la phase de prescription des exercices, respectivement pour les entorses basses et les entorses hautes.

Les critères de progression d'une phase à l'autre sont des conseils généraux et que l'opinion du thérapeute et du patient devraient primer. Une première évaluation solide, et une réévaluation constante du patient sont bien sûr toujours de mise, et permettent au thérapeute de mettre l'accent sur les exercices les mieux adaptés.

PHASES	Description de la prise en charge attendue
<p align="center">Phase 1 – Aigüe</p>	<p>La 1^{ère} phase s'accompagne d'un suivi médical, avec une immobilisation complète pendant 3 à 5 jours pour les entorses basses, et 3 semaines pour les entorses hautes, selon la prescription médicale.</p> <p>Objectifs : La physiothérapie, dans cette phase, vise principalement à diminuer l'inflammation et la douleur.</p> <p>Modalités : Les modalités passives (1^{er} tableau) et l'éducation du patient ont donc une place importante dans cette phase. Seuls des exercices légers de mobilisation active sont utilisés, et seulement dans le cas des entorses basses. Les entorses hautes ne seront mobilisées qu'à la phase suivante du traitement. On peut progresser à la phase suivante dès que la mise en charge du membre atteint est permise.</p>
<p align="center">Phase 2 – Subaigüe</p>	<p>Objectifs : Vise à redonner l'amplitude de mouvement perdue à la cheville du patient, et à permettre au patient de reprendre ses activités quotidiennes sans aide à l'ambulation.</p> <p>Modalités : Pendant cette période, le patient portera souvent une botte AirCast pour protéger sa cheville au quotidien, mais il pourra l'enlever pour faire ses exercices dans un environnement contrôlé. Les exercices prennent une plus grande place dans le traitement. Encore une fois, les exercices suggérés pour les entorses hautes sont moins nombreux et plus doux que ceux pour les entorses basses. Spécifiquement, la flexion dorsale et la rotation externe de cheville devraient être limités dans les cas d'entorses hautes car elles mettent en tension les ligaments touchés. Pour stabiliser la cheville pendant les exercices, une protection est suggérée dans le 1^{er} tableau. Cette phase devrait cesser dès que le patient peut marcher et monter des escaliers sans aide et sans inconfort.</p>
<p align="center">Phase 3 – Entraînement de base</p>	<p>Objectifs : Vise à redonner au patient une stabilité dynamique pour la reprise d'activités plus vigoureuses.</p> <p>Modalités : Chez les sportifs, un retour progressif à l'entraînement peut commencer vers la fin de cette phase. La cheville est toujours protégée, comme décrit dans le 1^{er} tableau, et les exercices restent doux. Pour les entorses hautes, les exercices d'amplitude articulaire plus agressifs sont incorporés pour contrer les effets indésirables d'une plus longue immobilisation. Cette phase se termine quand le patient peut jogger et courir sans inconfort.</p>
<p align="center">Phase 4 – Entraînement avancé</p>	<p>Objectifs : La dernière phase a pour but de restaurer toutes les capacités physiques du patient, et à prévenir des récurrences de blessures.</p> <p>Modalités : Elle inclue des exercices complexes et fonctionnels, dont des sauts. Ceux-ci visent à reproduire des mécanismes de blessure potentiels pour améliorer le contrôle moteur dans ces situations précises. On devrait veiller à ce que la cheville ait un rôle important dans la réaction d'équilibre en minimisant les mouvements au genou, à la hanche et au tronc. Le retour aux activités à risque et aux compétitions pour les sportifs devrait se faire en accord avec le patient, sa famille, un entraîneur s'il y a lieu, et le thérapeute. La chevillière ASO, accompagnée d'un tape circulaire dans le cas des entorses hautes, peut être sevrée progressivement mais des exercices fonctionnels d'équilibre et de sauts devraient être incorporés à l'entraînement régulier pour prévenir les récurrences.</p>