

Chirurgie de la cheville F.KHIAMI

Instabilité Chronique de la Cheville : La Vision du Chirurgien et le Plaidoyer pour une Prise en Charge Précoce

****Auteur :****Professeur Frédéric KHIAMI (Paris)

****Mots-clés :****Instabilité chronique de la cheville, Ligamentoplastie, Arthroscopie, Lésions cartilagineuses, Arthrose, Clichés dynamiques, Retour au sport.

Introduction : Le Paradoxe de la Cheville, Articulation “Mal-Aimée”

L'instabilité chronique de la cheville, pathologie extrêmement fréquente (plus de 2 millions d'entorses par an en France), représente un défi majeur en médecine du sport et en chirurgie orthopédique. Jusqu'à 40% des patients ayant subi une première entorse évoluent vers une instabilité chronique, marquée par des récives. Lorsque la douleur s'installe entre les épisodes, elle signe souvent le début de lésions cartilagineuses irréversibles, menant à l'arthrose dans 15 à 20% des cas.

Pourtant, un paradoxe subsiste : alors que l'on dénombre 14 fois plus d'entorses de cheville que de ruptures du ligament croisé antérieur (LCA), la chirurgie du LCA est 7 fois plus fréquente. Le taux de conversion chirurgicale est de 1 sur 3 pour le LCA, contre seulement 0,3% pour la cheville. Cette sous-évaluation chirurgicale de l'instabilité de cheville interroge, d'autant plus que ses conséquences à long terme sont loin d'être bénignes.

Notions importantes

Le Caractère Hautement Arthrogène de l'Instabilité de Cheville

L'idée selon laquelle l'instabilité de cheville serait “moins grave” que celle d'autres articulations est une erreur. Des études ont démontré que **chaque épisode d'entorse peut engendrer jusqu'à 7% de lésions cartilagineuses** au niveau du dôme de l'astragale (talus). Le risque relatif de développer de l'arthrose après une instabilité de cheville est **15 à 20 fois supérieur** à la normale, contre seulement 2 à 3 fois pour une instabilité du genou ou de l'épaule. L'instabilité de la cheville est donc une pathologie dangereuse pour l'avenir de l'articulation.

La Démarche Diagnostique du Chirurgien

La décision d'opérer une cheville instable repose sur une démarche rigoureuse visant à :

1. ****Éliminer les diagnostics différentiels : ****Il est crucial d'écartier les instabilités fonctionnelles non-ligamentaires (déficit proprioceptif, pathologie des fibulaires, hyperlaxie, causes neurologiques, synostoses, etc.).
2. ****Affirmer l'origine ligamentaire par la laxité : ****C'est le "Saint Graal" pour le chirurgien. L'incompétence ligamentaire doit être objectivée par des **clichés dynamiques**(radiographies en stress) qui montrent un bâillement articulaire anormal (Talar Tilt, tiroir antérieur). **Sans preuve objective de laxité, il n'y a pas d'indication à une chirurgie ligamentaire.**
3. ****Dépister les lésions associées et les facteurs favorisants : ****L'examen clinique et l'imagerie (si la cheville est douloureuse) doivent rechercher :
 - Un arrière-pied varus (à corriger chirurgicalement).
 - Une rétraction des chaînes postérieures (gastrocnémiens).
 - Un conflit antérieur (impingement).
 - Des lésions ostéochondrales ou des fissures des tendons fibulaires.
Le traitement de ces lésions associées est indispensable à la réussite de l'intervention.

La Ligamentoplastie sous Arthroscopie : Le Gold Standard

La technique chirurgicale a évolué vers des procédures mini-invasives. La ligamentoplastie sous arthroscopie est aujourd'hui considérée comme le traitement de référence. Elle consiste à reconstruire les ligaments lésés (principalement le LTFA et le LCF) à l'aide d'une greffe tendineuse (souvent le gracilis, prélevé à la cuisse).

Ses avantages sont multiples :

- ****Traitement des lésions associées : ****L'arthroscopie permet, dans le même temps opératoire, de traiter les conflits, les lésions cartilagineuses et autres problèmes intra-articulaires, retrouvés dans plus de 90% des cas.
- ****Suites opératoires accélérées : ****Le protocole post-opératoire moderne autorise un appui immédiat sous couvert d'une botte de marche pour 3 semaines, contre 6 semaines de plâtre sans appui auparavant.
- ****Excellents résultats : ****On observe environ 85% de satisfaction, avec un taux de retour au sport au même niveau de 70% en 5 à 6 mois, un chiffre supérieur à celui du LCA (40%).

Conclusion : Un Plaidoyer pour une Intervention Précoce

Le principal facteur influençant négativement les résultats de la chirurgie est le **délai de prise en charge**. Attendre que la cheville devienne douloureuse entre les entorses signifie que des lésions cartilagineuses et un processus arthrosique sont déjà

enclenchés. Ces patients, même stabilisés, conserveront souvent des douleurs résiduelles.

Il n'est plus admissible de laisser un sportif subir 5, 6 ou 7 entorses avant d'envisager une chirurgie. La prise en charge de l'instabilité chronique de la cheville doit s'aligner sur celle de la rupture du LCA : après l'échec d'un traitement médical et rééducatif bien conduit, et en présence d'une laxité objective, une indication chirurgicale doit être posée précocement. L'objectif est de protéger le capital cartilagineux du patient, d'assurer un retour au sport dans des conditions optimales et d'éviter l'évolution vers une arthrose invalidante, dont l'issue ultime peut être l'arthrodèse (blocage de l'articulation).