

**MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS  
SECONDAIRE, SUPERIEUR ET DE LA  
RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

**REPUBLIQUE DU MALI  
UN PEUPLE- UN BUT- UNE FOI**



**Faculté de Médecine, de Pharmacie et  
D'Odonto-Stomatologie**

Année Universitaire 2008 – 2009



## **TITRE**

# **ETUDE DES ENTORSES DE LA CHEVILLE CHEZ LES BASKETTEURS DE LA PREMIERE DIVISION DANS LE DISTRICT DE BAMAKO A PROPOS DE 40 CAS**

## **THESE**

Présentée et soutenue publiquement le ..... devant la Faculté de  
Médecine de Pharmacie et d'Odonto - Stomatologie

Par

**Mme COULIBALY ACHATOU SYLLA**  
Pour l'obtention le grade de Docteur en Médecine  
(Diplôme d'Etat)

## **JURY :**

Président : PR TIEMAN COULIBALY  
Membre : PR ELIMANE MARIKO  
Membre : DR SAIBOU MAIGA  
Directeur : PR MAMADOU KONE

Thèse N° ...../2009

## **1- DEDICACE :**

Je dédie ce travail à :

- **ALLAH Le TOUT PUISSANT**, le clément, le miséricordieux.

- Son prophète **MOHAMED** (PAIX et SALUT SUR LUI).

- Mon très cher pays, le **MALI**, terre de paix, de pardon et d'hospitalité.

- Mon père : **Abdoulaye SYLLA**, Gendarme à la retraite, je reconnais combien de fois tu m'as soutenue dans mes études depuis la première année jusqu'à la fin de la médecine. Encore merci pour tous ce que tu as consentis pour moi dans la vie courante. \_

- Ma mère : **Bintou SIDIBE**, ce travail est l'aboutissement de tous les efforts que tu as consenti pour moi. Ton amour, tes sages conseils et tes bénédictions ne m'ont jamais fait défaut. MERCI infiniment.

- A TOUTES LES PERSONNES VICTIMES D'ENTORSES DE LA CHEVILLE A TRAVERS LE MONDE.

## **2- REMERCIEMENTS :**

- A tous mes maitres d'école depuis la maternelle;
- A mon mari Moussa COULIBALY, Mécanographe qui m'a soutenu dans tous mes parcours universitaires et à ma petite fille Aminata COULIBALY. Merci encore.
- A ma famille : SYLLA depuis Sikasso, Bamako et Mopti.
- Aux familles : SYLLA, DRAME, OUEDRAGO, TOUNKARA, COULIBALY, SIDIBE, BALLO, FANE, DJOURTE, TANGARA, MAIGA ;
- A mes frères : Yaya, Daouda, Ali, Karim, Soma, Salia, Adama, Seydou, Abdoulaye et Modibo SYLLA et mes sœurs : Ramata, Fanta N'Diaye , Zeinabou, Sitan, Mahawa, Diba et Oumou SYLLA.
- A mes amis de la faculté : Mariam KOUREISSI, Gabdo SAGOOUNTA, Mariam T DIARRA, Wassa DEMBELE, Bintou COULIBALY, Aminata SACKO, Dr Moussa S. DIAKITE, Bassala SOW, Aïssata TRAORE, Abdoulaye THERA, Fanta BAH, Djelika BALLO, Aïché TRAORE, Docteur Issa DIALLO ; Aïché Diarra, Dr Ibrim Koné, Dr Fatoumata Maiga, Ibrahim KEITA, Dramane DIARRA.
- A mes grands parents, tontons, tantes, frères, sœurs, cousin (es), beaux frères et belles sœurs
- A tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail, une pensée pieuse pour vous.

A notre maître et président de jury :

**Professeur Tièman COULIBALY**

**Chirurgien orthopédiste et traumatologue au CHU Gabriel  
Touré**

**Maître de conférences à la FMPOS.**

**Membre de la Société Malienne de Chirurgie Orthopédique et  
Traumatologique (SOMACOT).**

**Vice président du Collège Malien de Réflexion en Médecine de  
Sport.**

*Honorable maître,*

*L'enseignement de haute qualité que nous avons reçu de vous restera pour nous un trésor. Homme de principe aux qualités humaines et scientifiques incontournables. Votre rigueur dans le travail, mais surtout votre dévouement sans limite pour la progression de la médecine en général et la traumatologie en particulier alliés à votre générosité sont des qualités que nous nous efforcerons de garder.*

*Notre joie est immense d'être compté parmi vos élèves et d'être votre disciple. Trouvez dans ce travail cher maître les humbles témoignages de nos profonds et sincères remerciements.*

A notre Maître et Membre du Jury:

**Professeur Elimane MARIKO**

**Chargé de cours de pharmacologie à la FMPOS.**

**Médecin colonel de l'Armée malienne.**

**Coordinateur de la cellule sectorielle de lutte contre le sida du  
Ministère de la défense et des anciens combattants.**

*Cher maître,*

*Vous nous faite un privilège et un grand honneur en acceptant de juger ce travail. Votre modestie fait de vous une personne aimée de tous.*

*Cher maître dès nos premiers pas dans cette faculté, nous avons été très impressionné par votre simplicité, votre sens de l'humour et votre humanisme.*

*Votre disponibilité et votre rigueur scientifique ont inspiré ce travail.*

*Nous vous prions cher maître de trouver dans ce travail l'expression de notre profonde gratitude.*

A notre Maître et Membre du jury:

**Docteur Saibou MAIGA**

**Chargé de cours de législation à la FMPOS.**

*Cher maître,*

*Votre rigueur scientifique, votre simplicité, votre disponibilité et votre ardent désir à transmettre aux autres vos larges connaissances et vos compétences techniques font de vous un homme de science apprécié. Votre apport pour la réalisation de ce travail fut plus que considérable ; il est aussi le votre.*

*Permettez cher maître, de vous réitérer toute notre reconnaissance et veuillez trouver ici, notre profond respect et nos sincères remerciements.*

A notre Maître et Directeur de thèse :

**Professeur Mamadou KONE**

**Professeur de Physiologie à la FMPOS.**

**Médecin du sport.**

**Directeur adjoint du Centre National des Œuvres Universitaires du Mali (CNOU).**

**Membre du Comité Scientifique International de la Revue Française de Médecine du Sport (MEDISPORT).**

**Membre du Groupement Latin et Méditerranéen de Médecine de sport**

**Secrétaire général de la Fédération Malienne de Taekwondo /ceinture noire troisième dan en Taekwondo.**

**Président du Collège Malien de Réflexion en Médecine du sport**

**Directeur Technique des compétitions sous régionales des établissements Polytechniques.**

*Cher maître,*

*Nous vous remercions pour l'accueil spontané et affectueux que vous nous avez accordé. Vos qualités humaines, scientifique et votre simplicité à transmettre aux autres vos connaissances font de vous un maître apprécié.*

*Cher maître nous avons bénéficié de votre totale DISPONIBILITE à l'école, à votre lieu de travail, à votre domicile et même au téléphone pour réaliser ce travail.*

*Nous sommes fiers d'être comptés parmi vos élèves et espérons être dignes de la confiance que vous nous avez placée en nous.*

*Soyez assuré cher maître de notre profonde gratitude et de notre attachement fidèle.*

## LISTE DES ABREVIATIONS

**CP** : comprimé

**HTA** : hypertension artérielle.

**IRM** : imagerie par résonance magnétique.

**LCF** : ligament calcanéofibulaire.

**LLE** : ligament latéral externe.

**LLI** : ligament latéral interne.

**LPAA** : ligament péronéo-astragalien antérieur.

**LPC** : ligament péronéo-calcanéen.

**LTFA** : ligament talofibulaire antérieur.

**LTFP** : ligament talofibulaire postérieur.

**Pde** : pommade.

**F M P OS** : Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie.

**SOMMAIRE**

I- Introduction et Objectifs-----	01
II- Généralités-----	04
1- Rappels anatomiques et physiologiques de la cheville-----	04
2- Physiopathologie-----	07
3- Evolution et Complications-----	11
4- Etiologie-----	11
5- Diagnostic-----	13
6- Rééducation-----	16
7- Traitement -----	17
III- Méthodologie-----	19
IV- Résultats-----	21
V- Commentaire et discussions-----	25
VI- Conclusion et recommandations-----	28
1- Conclusion-----	28
2- Recommandations-----	29
VII- Références bibliographiques-----	30
VIII- Annexes-----	31

## **- INTRODUCTION ET OBJECTIFS :**

### **1- INTRODUCTION :**

La cheville est l'articulation qui relie la jambe au pied. Elle est souvent le sujet de bon nombre d'accidents dont l'entorse. Elle est composée de l'épiphyse inférieure du tibia (malléole interne et profonde), de l'épiphyse du péroné (malléole externe) et de l'astragale.

Les entorses de la cheville se définissent comme étant une des lésions traumatiques fermées de l'articulation tibiotarsienne suite à une distorsion brusque, une élongation ou un arrachement osseux de l'insertion de l'un ou des ligaments de la dite articulation avec conservation des rapports normaux des surfaces articulaires (selon Mr Christian N'COUETSA N'GOUNE thèse de médecine) et Hantien J et KOUVALCHOUCK J.K).

La médecine du sport étudie la santé, le développement corporel, les particularités morphologiques et fonctionnelles de l'organisme humain, en liaison avec la pratique de l'éducation physique et sportive. Elle permet aux entraîneurs et aux spécialistes d'utiliser de façon rationnelle les exercices physiques pour un développement harmonieux de l'organisme. Elle permet également d'améliorer la santé, la capacité de travail et maximaliser l'effet sanitaire de l'exercice.

La médecine du sport dans sa forme actuelle est née du développement extraordinaire, du sport dès le XIX<sup>ème</sup> siècle. Elle fait appel à toutes les autres spécialités médicales. La pratique sportive impose une surveillance générale.

Il est estimé qu'environ 10 à 30% des patients faisant une entorse de la cheville, vont évoluer vers une symptomatologie chronique.

- DIABATE S. a trouvé 63,81% d'entorse de cheville dans son étude sur les traumatismes des membres inférieurs chez les pratiquants de taekwondo lors de la sélection de l'équipe nationale en 2007.

- N' GOUNE N.C. dans une étude sur les entorses de la cheville dans le service de traumatologie de l'hôpital Gabriel TOURE a trouvé en milieu sportif de Bamako a propos de 86 cas en 2001.

Vue la fréquence élevée et les lourdes conséquences socio-économiques que ses traumatismes de membres inférieurs causent chez les basketteurs de première division malienne, il nous a paru

nécessaire d'entreprendre une étude sur les entorses de la cheville à Bamako sur une période de 6 mois allant de Janvier 2008 à Juin 2008.

## **2- OBJECTIFS :**

### **2-1 Objectif général :**

Etudier la fréquence des entorses de la cheville chez les basketteurs et basketteuses de la 1<sup>ère</sup> division dans le district de Bamako, de janvier 2008 à juin 2008.

### **2-2 Objectifs spécifiques :**

- Déterminer la prévalence des entorses de la cheville chez les basketteurs des 2 sexes pendant la saison 2007-2008.
- Déterminer les schémas thérapeutiques appliqués aux différents cas.
- Comparer l'efficacité des différents schémas thérapeutiques étudiés.
- Formuler quelques recommandations pour prévenir ou mieux traiter les cas de survenues des entorses de la cheville.

## **II- GENERALITES :**

### **1- RAPPELS ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES DE LA CHEVILLE :**

#### **1-1 Anatomie :**

La cheville est une région d'une grande complexité anatomique et fonctionnelle soumise à d'importantes contraintes lors de la marche. Elle joue avec le pied une double fonction : statique d'appui au sol et une fonction dynamique de propulsion l'articulation tibiotarsienne ou articulation talocruralis est constituée de l'extrémité inférieure du tibia et l'extrémité inférieure du péroné, le tout constituant une mortaise prenant le tenon astragalien dans une sorte de poulie maintenue en place par des moyens d'union ou éléments capsulo-ligamentaires de la cheville.

On distingue:

#### **A- la capsule articulaire :**

Elle s'insère sur le bord des surfaces articulaires recouvertes de cartilage. En raison de sa mobilité préférentielle dans le plan sagittal, elle est très lâche à sa partie antérieure et postérieure.

#### **B- les ligaments :**

Ce sont principalement les ligaments tibio-péroniers inférieurs, le ligament latéral interne et le ligament latéral externe. Ce dernier étant formé par le faisceau péronéo-astragalien antérieur (ligament talo-fibulaire antérieurs) et le faisceau postérieur (ligament talo-fibulaire et postérieurs) et le faisceau péronéo-calcanéen (ligament calcanéo-fibulaire)

#### **B-1-les ligaments tibio-péroniers inférieurs :**

Ils sont au nombre de 2 et maintiennent en place la mortaise tibio-péronière. Il s'agit de :

a- Ligament péronéo-tibial antérieur et inférieur (ligament tibio-fibularis antérieurs) : relativement plat, de forme parallélépipédique de

2.3mm de long, tendu obliquement en bas et en dehors, s'insère à la face antérieure des extrémités inférieures des os de la jambe.

b- ligament péronéo-tibial postérieur et inférieur (ligament tibio-fibularis postérius) : s'insère au bord postérieur du tibia et se dirige en bas et en dehors, à peu près horizontalement pour se terminer sur la base de la malléole péronière.

Ces 2 ligaments sont très faiblement extensibles.

### **B-2-ligament latéral interne (L.L.I) ou ligament médiale :**

Il est disposé à 2 plans :

a) un plan profond ou tibio-astragalien :

Véritablement ligament latéral interne, tendu obliquement en bas et en dedans de la malléole interne à la face interne de l'astragale.

b) un plan superficiel ou ligament deltoïdien (ligament deltoïdien) : qui comprend 4 faisceaux :

-faisceau tibio-scaphoïdien (pars tibio-naviculaires) : tendu entrez le tibia-astragalien antérieur qui atteint le col de l'astragale.

-faisceau tibio-calcanéen (pars tibio-calcanea) qui se termine sur le sustentaculum tali et recouvre partiellement le faisceau tibia-scaphoïdien.

-faisceau tibio-astragalien antérieur (pars tibio-talaris antérieur).

### **B-3-ligament latéral externe (L.L.E) :**

C'est le ligament de l'entorse de la cheville. Il possède 3 faisceaux :

a) le ligament péronéo-astagalien antérieur (P.A.A) ou faisceau antérieur :

Bandelette plate de 10 à 15 mm de large, longue de 20 à 30mm.s'insère au bord antérieur de la malléole et se dirige horizontalement en avant et en dedans pour se terminer sur le col astragale .lorsque le pied est à l'angle droit ce faisceau est presque perpendiculaire lorsque le pied est en équin. Il est détendu en flexion dorsale, partiellement détendu sur le pied à l'angle droit, tendu en flexion plantaire. La sollicitation de la cheville en varus le tend, en particulier lorsque le pied est déjà en équin. Sa section autorise lorsque le pied est en équin la sub-luxation antérieure de l'astragale et un diastasis tibioastragalen de 10 à 15°C

b) Un faisceau moyen ou ligament péronéo-calcanéen (P.C) :

Oblique en bas et en arrière, presque horizontal, s'insère au sommet de la malléole externe et se termine sur la face externe du calcanéen.

Longueur moyenne de 30mm, diamètre moyen 5mm, il adhère à la face profonde de la gaine des tendons péroniers : sa rupture fait communiquer cette gaine avec l'articulation tibio-tarsienne. Ce ligament est doublé en profondeur par le ligament astragalo-calcanéen externe. Il est détendu en flexion plantaire, incomplètement tendu en flexion dorsale, essentiellement sollicité lors des mouvements de varus isolée n'entraîne pas d'instabilité tibio-tarsienne mais une instabilité sous-astragalienne limitée, par la mise en tension du ligament astragalo-calcanéen interosseux ou ligament en laie.

c) un faisceau postérieur ou ligament péronéo-astragalien postérieur (P.A.P) : s'étend horizontalement de la malléole externe en arrière et en dedans pour se terminer en éventail sur l'astragale. Il est épais très résistant, détendu en flexion plantaire et sur le pied à l'angle droit, tendu en flexion dorsale et en varus.

### **C- Les rapports de proximités de l'articulation tibio-tarsienne :**

Ils sont constitués par des tendons musculaires, des vaisseaux et des nerfs.

#### **C-1-les tendons musculaires :**

Ils sont issus des muscles de la jambe. Ils se répartissent en 4 groupes :

- a- en avant : le tendon de la jambe antérieur, le tendon de l'extenseur commun des 4 derniers orteils.
- b- En arrière : le tendon d'Achille et inconstamment le tendon du plantaire grêle.
- c- En dedans : le tendon de la jambe postérieure, le tendon du long fléchisseur propre du gros orteil et le tendon du fléchisseur commun des 4 derniers orteils.
- d- En dehors : les tendons des péroniers latéraux (le long et le court péronier latéral).

#### **C-2- les vaisseaux :**

L'articulation tibio-tarsienne est vascularisée par l'artère tibiale antérieure, l'artère tibiale postérieure et l'artère péronière. Ces artères donnent des rameaux représentés par :

- l'artère malléolaire interne et l'artère malléolaire externe nées toutes deux de l'artère tibiale antérieure.
- l'artère péronière antérieure, branche de l'artère tibiale postérieure.

L'artère tibiale postérieure donne en outre l'artère malléolaire postéro-interne, un rameau calcanéen.

### **C-3- les nerfs :**

L'innervation de la tibio-tarsienne provient essentiellement du nerf tibial antérieur et du nerf saphène externe.

### **1-2 Physiologie de la tibio-tarsienne :**

La forme des surfaces articulaires apparente cette articulation à la catégorie des articulations trochléennes. Les mouvements d'inversion et les mouvements de rotation s'effectuent respectivement au niveau de la sous astragalienne et de la médio tarsienne.

### **2-physiopathologie et classifications des entorses du ligament collatéral latéral externe (LLE):**

L'entorse du ligament latéral externe (LLE) est l'apanage de l'homme jeune : jusqu'à la fin de la croissance, les cartilages de conjugaison sont plus vulnérables et après 50 à 60 ans, la fracture prédomine.

Le LLE est sollicité dans les mouvements de varus. En position neutre ou en flexion dorsale, ceux sont les faisceaux les plus solides (LCF et LTFP) qui sont tendus pour assurer une coaptation talocrurale maximale.

Un stress en varus forcé retentit ainsi surtout sur l'articulation sous-talienne. En revanche, si la cheville est en flexion plantaire, le faisceau le plus fragile (le LTFA est deux à trois fois plus fragile que le LCF ou le LTFP) est le seul tendu et donc très vulnérable en varus. En fonction de la force appliquée, il se distend ou se déchire partiellement, voire complètement. Le diastasis tibiotalien latéral qui en résulte permet la mise en tension et la déchirure du LCF, puis du LTFP.

Il existe plusieurs types de classification, mais nous évoquerons 3 types :

- classification anatomo-clinique.
- classification anatomopathologiques.
- classification selon Trevino.

### **- Classification anatomo-clinique :**

- Entorse bénigne : simple distension ligamentaire sans compromission du rôle de stabilisateur du ligament.

- Entorse grave : rupture d'un ou de plusieurs ligaments faisant perdre au ligament son rôle de hauban stabilisateur de l'articulation.

### **- Classification anatomopathologique :**

- Degré 0 ou stade 0 : atteinte de quelques fibrilles du faisceau antérieur sans rupture vraie.
- Degré 1 ou stade 1 : atteinte isolée du ligament péronéo-astragalien antérieur.
- Degré 2 ou stade 2 : atteinte du ligament péronéo-astragalien antérieur et du ligament péronéo-calcanéen.
- Degré 3 ou stade 3 : atteinte des 3 faisceaux du ligament latéral externe.

### **- Classification de Trevino :**

<b>Grade</b>	<b>Pathologie</b>	<b>Clinique</b>
I	-étirement	laxité=0
II	-rupture partielle	Laxité légère à modérée
IIIa	-rupture complète LTFA	Tiroir antérieur+
IIIb	-rupture complète LTFA+LCF	Tiroir antérieur+/varus+
IIIc1	-rupture complète LTFA+LCF -rupture interstitielle des tendons fibulaires	Tiroir antérieur+/varus+ tendons fibulaires stables mais sensibles
IIIc2	-rupture complète LTFA+LCF -subluxation ou luxation des tendons fibulaires	Tiroir antérieur+/varus+ tendons fibulaires subluxés ou luxés avec éversion et dorsiflexion <<résistantes >>
IVa	-rupture complète LTFA+LCF	Tiroir

	-arrachement de la pointe malléolaire	antérieur+/varus+
IVb	-rupture complète LTFA+LCF -fracture ostéochondrale du dôme talien	Tiroir antérieur+/varus+
Ivc	-rupture complète LTFA+LCF -fracture de la joue talienne latérale	Tiroir antérieur+/varus+

LTFA : ligament talofibulaire antérieur; LCF : ligament calcanéofibulaire.

La rupture siège le plus souvent en plein ligament pour les LTFA et LCF. Il faut signaler la possibilité d'un arrachement calcanéen du LCF pouvant se luxer en dehors des tendons des muscles fibulaires, compromettant les possibilités de cicatrisation spontanée. Pour le LTFA, il peut s'agir aussi d'une désinsertion partielle du talus rendant les possibilités de cicatrisation naturelle plus faciles.

L'importance du traumatisme participe à la création de lésions associées parmi lesquelles il faut citer :

- la déchirure de la capsule articulaire antérieure talocrurale, constante en cas d'entorse grave ;
- l'ouverture de la gaine des tendons fibulaires, fréquente en cas de lésion du LCF ;
- les fractures parcellaires liées à la désinsertion d'un faisceau (pointe malléolaire ou berge talienne latérale) ;
- les fractures ostéochondrales du dôme talien fréquemment antérolatérales ou les lésions ostéochondrales médiales par impaction du dôme talien, de mauvais pronostic ;
- les lésions des ligaments tibiofibulaires (rupture ou arrachement tibial).

Très utiles en pratique courante, ces classifications ne rendent pas compte des lésions associées qui peuvent compliquer la lésion du LLE. Ceci justifie pour Trevino une classification plus complète et plus adaptée aux décisions thérapeutiques, incluant les lésions des tendons fibulaires diagnostiquées cliniquement (grades IIIc1 et 2) et les fractures malléolaires (grade Iva) ou ostéochondrales (grades IVb et c) diagnostiquées radiologiquement.

### **- Autres : Entorses du ligament collatéral médial (LLI)**

Les lésions du LLI sont fréquentes dans le cadre des équivalent-fractures bimalléolaires mais des lésions isolées peuvent survenir. Elles sont cependant beaucoup plus rares que les entorses du LLE (de 3 à 10% des entorses de la cheville), du fait d'une part d'une solidité du

LLI plus importante que celle du LLE et d'autre part d'une fragilité relative de la malléole tibiale favorisant les fractures aux dépens des entorses. Les entorses isolées du LLI ne peuvent, au contraire des entorses du LLE, être la conséquence d'un simple faux pas; on les rencontre plutôt à l'issue d'une chute d'un lieu élevé ou d'un traumatisme sportif violent (tacle, marche sur le ballon, chute d'une poutre de gymnaste).

Cliniquement, l'hématome est moins que pour les entorses du LLE mais l'ecchymose péri-et sous-malléolaire médiale ayant tendance à diffuser rapidement vers l'arche médial du pieds est classique ; dans cette forme isolée, la palpation de l'ensemble de la fibula est indolore.

### **3- EVOLUTION ET COMPLICATIONS :**

Les entorses récentes de la cheville, bien traitée guérissent généralement sans séquelles. Les entorses fraîches ou récidivantes peuvent être sujettes à des complications précoces, secondaires voire tardives.

a- complications précoces:

- syndrome algo-neuro dystrophique du pied
- phlébite sous plâtre
- paralysie de la sciatique poplitée externe.

b- complication secondaire :

- diminution de la mobilité articulaire de la cheville.
- œdème résiduel.

c- complications tardives :

- syndrome douloureux permanent,
- instabilité chronique,
- raideur articulaire,
- pied contracturé, rare

### **4- ETIOLOGIE:**

Etirement des ligaments en inversion et en flexion plantaire forcée, ce qui laisse la capsule postérieure comprimée et traumatise les tissus de la face postérieure de la cheville. Une capsulite traumatique est

également possible. Etirement en inversion du pied, avec entorse, arrachement partiel ou complet des ligaments de la cheville, notamment talofibulaire antérieur en flexion plantaire et calcanéofibulaire postérieur en dorsiflexion. Les conditions dans lesquelles peuvent survenir les entorses de la cheville sont très variées; il peut s'agir de :

- Accident de sport.
- Accident de la voie publique.
- Accident domestique (faux pas).
- Accident professionnel.
- Accident des campagnes de guerre.
- Varus forcé ou rotation interne ou inversion forcée :

Ce mécanisme est responsable de l'atteinte du ligament latérale. Il est le plus fréquent. Le varus est généralement associé à l'équin et la rotation interne du pied. En fonction des circonstances de l'accident, de la force et de vitesse du traumatisme, les éléments capsulo-ligamentaires externes seront atteints de la façon suivante d'avant en arrière :

- Une lésion du faisceau antérieur (ligament de l'entorse) associée à une lésion de la capsule antérieure de la fibio-tarsienne.
- Une lésion du faisceau péronéo-calcaneen
- Une lésion de la capsule et du ligament en haie de l'articulation sous-astragalienne.

Selon Malcolm.T.F.Read 3ème Edition :

- une lésion de la gaine des péroniers latéraux.
- une lésion du faisceau postérieur ou ligament péronéo astragalien postérieur
- parfois même une fracture de la moelle externe.
- valgus forcé ou rotation externe ou éversion forcée ;

Ce mécanisme est responsable de l'atteinte du ligament latéral interne. L'abduction forcée du pied provoquera une lésion au niveau des chefs tibio astragalien et tibio calcaneen du ligament latéral interne de la cheville. Ce sont des lésions rares à l'état isolé et sont généralement associées à une fracture de la malléole externe et/ou un arrachement de la malléole interne.

On pourra aussi noter :

- un arrachement du faisceau postérieur du ligament latéral externe.
- une dislocation de l'articulation péronéo tibiale inférieure ;
- une déchirure de la gaine du tendon du jambier postérieur ou celle du fléchisseur commun des 4 derniers orteils qui passent en arrière de la malléole interne.

Consécutifs à une force sur les genoux, le pied en flexion plantaire ou à un shoot dans le sol. Ce mécanisme est responsable de l'atteinte des ligaments péroniers tibiaux inférieurs. Ainsi on notera :

- une lésion de la capsule antérieure de la tibio torsiennne.
- une lésion du ligament péronéo tibial inférieur et antérieur.
- une lésion de la partie antérieure du ligament deltoïde.
- une lésion du ligament péronéo tibial inférieur et antérieur.

D. Cogan, Danouskiet et CH. Mansat et Coll dans leurs différentes études avaient trouvé que l'étiologie la plus fréquente des entorses de la cheville était les accidents de sport.

## **5 - DIAGNOSTIC :**

### **1- Entorse récente du ligament latéral externe de la cheville :**

#### **➤ Les signes cliniques :**

#### **L'interrogatoire recherchera :**

- les circonstances et les mécanismes (varus forcé équin) de survenue du traumatisme.
- La notion d'importance fonctionnelle avec arrêt des activités.
- La notion de douleur évoluant en 3 temps (douleur immédiate, sédation pendant 2 à 3 heures, reprise des algies) et la notion d'insomnie dans la nuit suivant l'accident.
- La notion de perception d'un craquement, d'une sensation de déchirure ou l'impression de déboîtement.

Les antécédents orthopédiques (entorse récidivante) et médicaux (HTA, gastrite, diabète) du patient.

#### **L'inspection notera :**

- une boiterie d'esquive

Une tuméfaction en «coquille d'œuf de pigeon » située en avant et sous la malléole externe apparaissant dans les minutes suivant le traumatisme et qui correspond à un hématome qui sera rapidement effacé par l'oedeme généralisé de la cheville.

- Une ecchymose diffusant à la face interne de la cheville et en avant vers le métatarse.

#### **➤ La population notera :**

- une douleur exquise localisée électivement sur les faisceaux antérieur et moyen du ligament latéral externe.

-Une douleur à la contraction contrariée des péroniers latéraux traduisant, soit une lésion de leur gaine, soit une luxation de ces derniers en avant de la malléole externe, soit enfin un arrachement de la styloïde du 5<sup>ème</sup> métatarsiens.

-La présence de mouvements anormaux :

**Dans le plan frontal :** l'existence d'un ballottement ou choc astragalien est difficile à retrouver lors d'une entorse récente, du fait des douleurs provoquées par sa recherche. Sa mise en évidence s'effectue sur le pied en légère flexion plantaire en portant l'astragale en dedans puis en dehors, on obtient la butée du bord supéro-externe du dôme astragalien contre la face interne de la malléole péronière, signant dans la plupart des cas une rupture ligamentaire.

**Dans le plan sagittal :** un tiroir astragalien antérieur se recherche sur un patient en décubitus dorsal, empaumant le talon et l'autre main appuyant de haut en bas sur l'extrémité inférieure de la jambe. L'ascension relative du talon provoque un mouvement du tiroir, traduisant la sub-luxation antérieure de l'astragale, en rapport avec la rupture du faisceau antérieur du ligament latéral externe. Même après l'accident, ce tiroir est aisément mis en évidence en cas d'entorse grave.

**Les principaux signes cliniques retrouvés dans notre étude étaient :**

- la douleur,
- l'oedème,
- la boiterie antalgique
- la perception de craquement,
- le choc astragalien et le tiroir antérieur.

Selon duquennoy. A et Fontaine C 20, ch. Mansat et Coll et J. Rodineau

## **5 - 1 l'imagerie :**

- **la radiographie standard :** un bilan radiographique comportant 4 incidences (face, face en rotation interne de 20°, profil et déroulé du pied) permet de mettre en évidence les lésions associées.

- **La radiographie dynamique :** elle comporte 2 incidences (face en varus forcé et profil avec tiroir astragalien antérieur) permet de déterminer le degré de lésion ligamentaire.

**-L'échographie superficielle en haute définition (7,5 MHZ)** pour un rapport coût performant et une innocuité complète permet de dévisualiser différents types de lésions : l'œdème d'insertion, la désinsertion, la rupture et l'arrachement osseux. Cependant cet examen reste difficile et nécessite un échographiste expérimenté disposant d'un matériel performant.

- **l'arthro-scanner ou le scanner** : permet de visualiser les structures ligamentaires. Il nécessite l'injection de produit de contraste dans la cavité articulaire et doit être fait précocement (dans les 48 heures suivant le traumatisme) pour être fiable. Il visualise mieux les lésions osseuses ou ostéo-chondrales associées ;

- L'imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRM) donne des renseignements précis sur les lésions ligamentaires et surtout tendineuses.

## **5 - 2 Autres formes cliniques :**

### **a- Forme symptomatique**

Entorse fraîche du ligament latéral interne (LLI) : elle se caractérise cliniquement en plus de l'impotence fonctionnelle et de l'œdème généralisé de la cheville, par une douleur exquise élective en dedans à la palpation du ligament deltoïdien.

### **b- Forme selon l'âge :**

- L'entorse de la cheville chez l'enfant et l'adolescent ; elle est rare avant l'âge de 12ans. Le même mécanisme lésionnel de l'entorse provoque des décollements épiphysaires. Cette entorse survient à partir de la puberté à cause du changement des facteurs de résistance mécanique ostéo-ligamentaire et l'augmentation de la pratique sportive.

- Les entorses de la cheville chez les personnes âgées : elles sont rares : le mécanisme lésionnel de l'entorse provoque chez eux généralement des fractures bi malléolaires ou uni malléolaires, à cause de l'ostéoporose.

### **c- Formes associées ou compliquées :**

- La lésion du ligament latéral externe (LLE) associée à une fracture ou un arrachement de la malléole interne ou à un diastasis tibio péronier inférieur.

- La lésion du ligament latéral interne (LLI) associée à une fracture malléolaire externe réalisant un équivalent de fracture bi malléolaire en valgus type Dupuyrien.
- La lésion des ligaments pérénéo tibiaux inférieurs est presque toujours associée à une fracture malléolaire ou à une luxation tibio-tarsienne.

### **5 - 3 Bilan radiographique :**

La radiographie standard de face et de profil de la cheville a été le seul examen effectué.

Dans la littérature, Danowski R.G en plus de cette radiographie standard, a effectué des incidences spécifiques : le cliché de face de la cheville en rotation interne de 20° et le cliché de profil en déroulé du pied.

Cohen M. et Coll ont préconisé l'utilisation de l'échographie de haute fréquence pour mieux apprécier les lésions ligamentaires et mieux orienter notre attitude thérapeutique.

La place de l'échographie nous paraît indéniable surtout qu'elle n'est ni invasive, ni douloureuse et est répétitive.

### **6- LA REEDUCATION :**

Quel que soit le degré de l'entorse, il est indispensable de compléter les soins immédiats par une série de séances de rééducation proprioceptive.

#### **6-1 But de la rééducation :**

La rééducation est entreprise dans le but de récupérer la mobilité, la force musculaire et surtout la proprioceptivité de la cheville.

#### **6-2 Modalités de prescription :**

Freeman, puis Castings ont bien montré l'intérêt de cette rééducation proprioceptive. En pratique, on commence par des exercices de décharge avec des sollicitations dans les directions variées du pied permettant un réveil des muscles péri articulaires. On poursuivra par des exercices en appui bipodal, puis en appui monopodal avec des poussées effectuées sur le segment jambier. Ensuite la rééducation se passe sur des plateaux instables avec des planches circulaires (Castings) ou rectangulaire (Freeman) en appui bipodal puis unipodal.

## **7- Traitement :**

**a- Les traitements médicaux :** les médicaments prescrits étaient essentiellement les antalgiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les anti-inflammatoires stéroïdiens.

Les entorses de la cheville sont parfois très douloureuses voir syncopales, ceci a justifié la prescription d'antalgique.

### **b- Traitement orthopédique :**

C'est un traitement conservateur dont le plus classique consiste en une immobilisation stricte dans une botte plâtrée ou en résine dure pendant 4 à 6 semaines avec reprise de l'appui variable (1 à 3 semaines).

Cependant, la raideur articulaire et l'atrophie musculaire environnante induites par une telle immobilisation ralentissent la récupération fonctionnelle.

L'immobilisation rigide stricte constitue l'alternative idéale du traitement fonctionnel et demande des modalités variables :

- la mobilisation et la reprise d'appui précoce sans soutien constituent la solution la plus économique, cependant plutôt réservée aux lésions bénignes ou moyennes.
- Le bandage cohésif (Coheban, Nylexogrip) facilite par son action mécanique compressive la fonte de l'œdème et la résorption de l'hématome. Il peut constituer un appoint avant la reprise de l'appui et la mobilisation précoce ou avant le recours à une contention différente (résine, strapping, orthèse).
- Le bandage adhésif, le plus souvent élastique (strapping), plus rarement non extensible (taping) ou mixte, à pour but de protéger la cicatrisation du ligament collatéral latéral tout en maintenant une mobilisation en secteur utile sans risque pour la cheville.

Le traitement fonctionnel quel qu'il soit doit être associé à la rééducation. Il nécessite de la part du patient une compréhension, une acceptation et un respect des principes et des buts du traitement. L'indiscipline du patient constitue un des facteurs principaux de limitation de prestation de ce type de traitement. Dans ce cas, l'immobilisation par botte en résine semble préférable, avec comme compromis éventuel l'utilisation de bandes semi-rigides qui allient souplesse et inamovibilité.

### **C- Le traitement chirurgical :**

Le principe de ce traitement repose sur l'exploration et la suture des différents faisceaux lésés du LLE permettant d'orienter la cicatrisation ligamentaire. En cas d'arrachement de l'insertion ligamentaire, la fixation est transosseuse, éventuellement à l'aide d'ancre de réinsertion. La chirurgie est la seule méthode thérapeutique à offrir la possibilité de traiter les lésions intra-articulaires associées et notamment ostéochondrales. Un fragment de petite taille est ôté sans risque, tandis que les fragments ostéochondraux plus volumineux et libres sont fixés par mini vis ou broches éventuellement résorbables.

### **III- METHODOLOGIE :**

#### **1. Cadre et lieu d'étude :**

Notre étude s'est effectuée essentiellement à Bamako. Les basketteurs traumatisés d'entorse de la cheville ont été contactés lors de la saison 2007-2008 du championnat national de première division.

Le personnel était composé comme suite :

- 1 étudiant de médecine en fin de cycle

**2. Type d'étude :**

Il s'agissait d'une étude prospective concernant le basket-ball.

**3. Période d'étude :**

Notre étude couvre la saison sportive 2007-2008 de basket.

Elle s'est étendue sur 6 mois s'étalant de Janvier à Juin 2008.

**4. Population d'étude :**

Notre étude a concerné 40 sportifs, de nationalité malienne, des deux sexes, de différents modes de vie, de niveau intellectuel et socio-économique.

**- critères d'inclusion**

Ont été inclus dans notre étude tous les pratiquants ayant subi une ou plusieurs entorses de la cheville, pendant la période de l'enquête.

**- Critères de non inclusion**

Ont été exclus de notre étude les pratiquants ayant subi d'autres traumatismes que ceux d'entorse de la cheville durant l'enquête.

**- Critères de choix de la discipline.**

Notre choix a porté sur les entorses de la cheville précisément le basket-ball car nous avons estimé qu'il s'agit là du sport collectif le plus pratiqué après le football et ayant un certain essor aux plans national, africain et mondial. Mais aussi grâce à ce sport le Mali a amené des médailles au plan africain ces dernières années.

**5. Supports des données :**

Nos données ont été recensées et consignées sur les fiches d'enquêtes individuelles (cf. annexe) à partir des éléments suivants :

- l'interrogatoire des sportifs
- un pèse -personne pour évaluer le poids
- Un mètre ruban pour mesurer la taille (toise).
- Une tension mètre pour évaluer la tension artérielle.

## **6. Le traitement des données :**

Nos données ont été traitées et saisies sur Word et Excel et analysées par le logiciel Epi-info version 6.0.

## **7- Considérations cliniques :**

La participation à l'étude était volontaire, l'anonymat était garanti pour les participants de même que la confidentialité pour les informations recueillies au cours de cette étude.\_

## **IV- RESULTATS :**

**Tableau I :** Répartition des athlètes selon le sexe

<b>SEXE</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Masculin</b>	30	75
<b>Féminin</b>	10	25
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

Cette répartition selon le sexe montre que la majorité des personnes victimes d'entorses de la cheville dans notre série était de sexe masculin avec 75% contre 25% pour le sexe féminin.

**Tableau II :** Répartition des athlètes selon les tranches d'âge

<b>Tranches d'âge</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>&lt; ou = 15 ans</b>	0	0

<b>16 à 20</b>	6	15
<b>21 à 25</b>	34	85
<b>26 à 30</b>	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

La tranche d'âge de 21 à 25 ans a été la plus concernée par les entorses de la cheville avec 34 cas sur les 40 cas de notre étude, soit 85%.

Les extrêmes étaient 14 et 30 ans.

**Tableau III :** Répartition des athlètes selon la taille

<b>Taille (Cm)</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>&lt; ou = 150Cm</b>	0	0
<b>151 à 160</b>	2	5
<b>161 à 170</b>	3	7
<b>171 à 200</b>	35	88
<b>&gt; ou = 200</b>	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

Les basketteurs victimes d'entorses de la cheville avaient des tailles entre 171 à 200 Cm dans la majorité des cas avec 35 cas.

**Tableau V :** Répartition des athlètes selon le traumatisme

<b>Traumatisme</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Entorse bénigne</b>	40	100
<b>Entorse grave</b>	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

La totalité de nos athlètes soit avait une entorse bénigne.

**Tableau VI :** Répartition des athlètes selon le traitement apporté

Traitement	Effectif	Pourcentage
Médicamenteux	12	30
orthopédique	0	0
Chirurgie	0	0
Repos	5	12,50
Massage	13	32,50
Traditionnel	10	25
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

L'ensemble de nos athlètes avait reçu des produits administrés.

**Tableau VII :** Répartition des athlètes selon la durée de récupération.

Durée (jours)	Effectif	Pourcentage
0 à 20	10	25
21 à 40	25	62,50
41 à 60	5	12,50
61 et plus	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

La majorité de nos athlètes, soit 62,5%, avaient récupéré de leur traumatisme dans un délai de 21 et 40 jours.

**Tableau VIII:** Répartition des athlètes selon la molécule.

Molécule	Effectif	Pourcentage
Antalgiques en Cp	4	10
Anti inflammatoires en Cp	20	50
Antalgiques en Pde, crème, gel	5	12,50

<b>Anti inflammatoires en Pde, crème, gel</b>	11	27,50
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

Plus de la moitié des traumatisés ont reçu des molécules à base d'anti inflammatoires soit 77,50%.

## **VI - COMMENTAIRE ET DISCUSSIONS :**

Dans notre étude nous avons pris en compte tous les athlètes qui ont subi un traumatisme du membre inférieur, les cas d'entorses de la cheville et leur suivi jusqu'à la reprise de l'entraînement et compétition.

Durant la réalisation de cette étude nous avons été confronté à la non disponibilité de documentation suffisante en rapport avec notre thème d'étude.

### **1- La description générale :**

Notre échantillon était constitué par des sujets de sexe masculin et féminin à des âges variables allant de 15 à 30 ans et ayant une

expérience d'au moins une année et plus dans la pratique de basket-ball.

Selon certains auteurs la maturité sportive et compétitive serait en moyenne de 7 années de pratiques sportives et compétitives. Selon Nabatnikova [1982] les sportifs atteignent leurs meilleurs résultats entre l'âge de 17 à 20ans chez les garçons et 16 à 18ans chez les filles.

La période comprise entre 18 ans et 25 ans est la plus décisive pour les performances en Afrique, l'âge de nos athlètes était donc réel.

## **2-Le plan épidémiologique et social :**

Nous avons trouvé que le sexe masculin était prédominant 75 %. Ceci dénote que dans la pratique sportive le sexe masculin était le plus dominant. Nous n'avons pas eu de donnée comparative à celle de notre étude.

Les célibataires ont été les plus touchés (94,14 %) du fait que beaucoup de mariés ne pratiquants pas ce sport.

La tranche d'âge comprise entre 21 à 25ans a été la plus touchée avec 85 % des cas. Ceci s'explique par le fait que les matchs de la première division demandent une certaine vivacité à lors quelle répondent bien les jeunes. Nous n'avons pas eu de données comparatives.

La taille comprise entre 171 à 200 Cm a été la plus touchée avec 95 % puisque le basket est pratiqué en général par les individus de grande taille et de taille moyenne.

Le poids des traumatisés était compris entre 51 à 100 kg avec 38 cas soit 95%. Ceci s'explique par le fait que les basketteurs ont besoin des surpoids pour mieux exercer la pratique de cette discipline : le basket ball.

Nous n'avons pas eu de donnée comparative à celle de notre étude.

L'entorse bénigne étant le seul enregistré dans notre étude. DIABATE M.S. a par contre trouvé 63,81% d'entorse de la cheville dans son étude sur les traumatismes des membres inférieurs chez les pratiquants de taekwondo lors de la sélection de l'équipe nationale en 2007 et Keïta S. a retrouvé 50% des cas d'entorse. Ces résultats sont inférieurs à ceux de notre série.

Le traitement médical a été utilisé dans tous les cas, la médication a été basée sur les anti-inflammatoires non stéroïdiens (Diclofenac en comprimé, Voltarène en gel), antalgiques (paracétamol en comprimé), vessie de glace plus bandage et repos. Un quart (1/4) de notre échantillon a récupéré en 2 à 3 semaines 25 % ont récupéré leur santé totale et entre 4 à 6 semaines 62,50 % sont aussi guéris, ce qui dénote que les lésions induites par la pratique de basket sont généralement bénignes.

Nous n'avons pas eu de résultat comparable à celui de notre étude.

L'analyse de nos résultats montre une insuffisance dans la politique d'encadrement des jeunes en matière de sport qu'il soit individuel ou collectif comme dans notre cas et aussi de la mauvaise qualité des terrains. On note une insuffisance de personnel médical pour la prise en charge rapide et efficace ; la dotation de matériels de qualité aux sportifs.

Au lieu d'être encadrés depuis l'âge minime avant 12ans les athlètes sont encadrés à l'âge junior et senior après 16 ans. Ils ne bénéficient donc pas de formations initiales de la discipline pratiquée et de la progression et/ou de l'expérience sportive nécessaire.

Notre étude aurait eu plus de valeurs si nos athlètes avaient pu bénéficier d'échographie et de radiologie dynamique de même que si

la prise en charge avait été faite en collaboration avec les structures spécialisées.

### **3 - La surveillance médicale :**

Nous avons trouvé dans notre étude que les athlètes n'ont jamais subi de contrôle médical. L'idéal serait que chaque athlète subisse un examen médical complet avant de pratiquer un sport et ce bilan devrait être répété chaque année.

Une visite médicale organisée permettrait de déceler non seulement des troubles qui pourraient constituer une contre indication à la pratique sportive mais aussi des problèmes telles que les anémies qui peuvent influencer la performance potentielle de l'athlète.

Pour qu'un programme de contrôle soit fructueux, il doit être suivi, spécifique à chaque sport et individualisé.

## **VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :**

### **1-Conclusion :**

Au terme de notre étude nous constatons que les entorses de la cheville ont été des affections rares et ont touché surtout les hommes avec 75%.

Les accidents au cours de l'entraînement étaient l'étiologie la plus fréquente, les élèves et étudiants formaient la couche sociale la plus représentée.

Le diagnostic de l'entorse a été clinique.

Le traitement médical à base d'antalgiques et d'anti inflammatoires a été indiqué dans le cas d'entorse bénigne.

Aucune entorse de la cheville n'a été opérée dans notre étude. Tous les patients qui présentaient une entorse bénigne de la cheville avaient repris leurs activités au bout de 15 jours.

Le résultat de traitement était très bon dans la plupart des cas avec quelques séances de rééducation.

Une prise en charge précoce après un traumatisme de la cheville doit s'imposer pour éviter la survenue des complications.

Enfin nous estimons que le niveau du basket ball est bas et qu'il faudrait mettre un accent particulier à la préparation physique de nos joueurs. Cela suppose une bonne méthodologie des entraînements et donc un encadrement adéquat, une utilisation judicieuse ainsi qu'une responsabilisation des cadres formés pour ces activités.

## **2- Recommandations :**

### **❖ Aux autorités publiques administratives sportives et sanitaires :**

- Mettre à la disposition des basketteurs des terrains en bon état.
- Créer un centre médico-sportif pour un suivi correct.
- Créer un laboratoire de recherche en physiologie et médecine de sport.
- Choisir des médecins sportifs qualifiés.

### **❖ Aux clubs :**

- Se soucier beaucoup plus de la santé des joueurs.
- Referer toujours les cas graves aux spécialistes.

### **❖ A la FMPOS et le Rectorat :**

-Insérer des modules de formation en médecine de sport dans le programme d'enseignement de la faculté. .

### **❖ Aux athlètes :**

- Respecter les consignes de l'agent médical.
- Respecter le port de chaussures adaptées à la physiologie de la cheville.
- Consulter un médecin à priori et dans un bref délai après un traumatisme de la cheville.

## **VII- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :**

### **1- A. Maldjian ; M. C. Fouquet :**

Rééducation des entorses de la cheville. Le concours Médicale. 9-07- 1994 - 116 - 25/26 pp : 2157 - 2160.

### **2- Bonnomet F. ; Clavert P. et Kempff J. F. :**

Entorses de la cheville. Ency. Méd. Chir. (Elsevier, Paris), Appareil locomoteur, 14 - 089 - A -10.

### **3- D. Cogan :**

Les entorses de la cheville chez le sportif. Conduite à tenir. Le Concours Médical. 19 - 07 - 1986 - 108 - 29pp : 2360 - 2365.

### **4- Duquennoy A. et Fontaine C. :**

Entorses de la cheville et du pied. Ency. Méd. Chir. (Paris, France), Appareil Locomoteur, 14089 A10, 4 - 1988, 8p.

### **5- Duquennoy A. et Coll : :**

Diagnostic des ruptures du ligament latéral externe. Rev. Chir. Ortho. ; 1975, 61, suppl. 2, 132 - 133.

### **6- Freeman M. A. R. :**

Treatment of ruptures of the lateral ligament of the ankle. J. Bone and Joint Surg., 1965, 47 -B: 661 - 668.

### **7- Hautier J. et KOUvalchouck J. F. :**

Les entorses de la cheville. Rev. Part., 1968, 18 : 4359 - 4557.

### **8- J. Rodineau :**

Entorses de la cheville. E. M. C. Kinésithérapie, 26250 - D10.

**9-J. Rodin eau :**

Entorses de la cheville de l'enfant sportif.

<http://www.google.com>; 2000, 13p.

**10- J. Rodineau :**

Le strapontin de la cheville. Rev. Prat. 1985 ; 35 ; 1011 - 1015.

**11- Jean - Yves Jenny :**

Entorse de la cheville. Pas d'accord sur la chirurgie et même le plâtre (lettre). F. M. C. 1999 ; No6417 - 19.

**12- Pilardeau P. ; Robert P. ; Teillent T. ; Jones A. ; Pineau B. :**

Traitement des entorses externes de la cheville chez le sportif.

Journal de traumatologie du sport. 1996, vol. 13 ; No 2 ; 6pp ; 109 - 114.

**13- François Bonnomet et Jean François Rempt :**

Département d'orthopédie et de traumatologie, hôpitaux Universitaires de Strasbourg, hôpital de Haute Pierre, avenue Molière, 67098 Strasbourg Cedex, France.

**14- Philippe Clavert :**

Interne des hôpitaux, institut d'anatomie normale, faculté de médecine de Strasbourg, France.

## **VIII- ANNEXES :**

### **FICHE D'ENQUETE**

**I- Identification du malade :**

**- Nom :**  **Prénom :**  **Taille :**

**- Age :**  **Sexe :**  **Poids :**

**- Adresse :**

**- Marié**  **Divorcé**  **Célibataire**

**Autres**

**- Ethnie :**  **TA :**

**- Profession :**

**- Scolarisé :** Oui  Non

**- Niveau d'étude :** Fondamen  Seconda

Supérieur

**- Discipline**

**- Nationalité :**

**- Club :**

**- Lieu de 1<sup>ère</sup> consultation :**

Service de traumatologie  Soins à domicile

Tradithérapeute  Autres

**II- Habitudes Hygiéno Diététique :**

-Nombre de repas par jours

-Sort il le soir ? Oui  No

-Nombre d'heures de sommeil :

20h00-22h00  22h00-24  24h00-02h   
Après 2h

### III- Traumatisme :

- Entorses  Rupt  Claqu

Accident de la voie publique  Accident   
domestic  Autres

### -Type de sport pratiqué :

-Basket-ball  Arts martiaux  Aut

### IV - Traitement :

-Lieu : Club  Hôpital  Centre de sa

-Moyens : Repos  Glace  Antalg   
AINS

Anticoagulant  Massage  Botte plâtrée

Grenier Muller plâtrée

-La Chirurgie  Autre

### -Nombre de séances de rééducation :

### -Type de rééducation :

**V- Complications :**

**-Absence de complication :**

**-Paralysie de sciatique poplitée externe**

**-Syndrome algo- neurodystrophique du pied**

**-Phlédite sous plâtre**

**-Autres :**

**FICHE SIGNALÉTIQUE**

**TITRE DE LA THESE**

Etude des entorses de la cheville chez les basketteurs de la première division dans le district de Bamako de janvier 2008 à juin 2008 à propos de 40 cas.

**AUTEUR**

Prénoms : Achatou

Nom : Sylla

Date et lieu de naissance : le 20 Octobre 1978 a Sikasso

**VILLE DE SOUTENANCE** : Bamako

**PAYS D'ORIGINE** : MALI

**LIEU DE DEPOT** : bibliothèque de la Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie.

**SECTEUR D'INTERET** : Médecine de sport

**RESUME**

Notre étude, prospective et longitudinale portant sur 40 cas victimes d'entorse de la cheville montre que ses personnes âgées en majorité entre 16 et 30 ans.

**ANNEE UNIVERSITAIRE** : 2008-2009

**MOTS CLES** : Entorse, cheville, basket ball, médecine de sport.

**SERMENT D'HIPPOCRATE**

En présence des **maîtres** de cette faculté, de mes chers **condisciples**, devant l'effigie **d'Hippocrate**, je **promets** et je **jure**, au nom de

**l'Être suprême**, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

**Je donnerai mes soins gratuits** à l'indigent et **n'exigerai jamais** un salaire au dessus de mon travail,

**Je ne participerai** à aucun partage clandestin d'honoraires.

**Admis à l'intérieur** des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni favoriser le crime.

**Je ne permettrai** pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

**Je garderai le respect absolu** de la vie humaine dès sa conception.

**Même sous la menace**, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

**Respectueux et reconnaissant** envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

**Que les hommes m'accordent** leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

**Que je sois couvert d'opprobre** et méprisé de mes confrères si j'y manque.

**Je le jure**