

DEVENIR À LONG TERME DES ENTORSES DU LIGAMENT LATÉRAL EXTERNE DE LA CHEVILLE TRAITÉES CHIRURGICALEMENT À PROPOS D'UNE SÉRIE DE 50 CAS

O. JARDE, E. HAVET, A. GABRION, P. MEIRE, P. VIVES

SUMMARY: *Long-term outcome following surgical repair of ruptures of the fibular collateral ligament of the ankle. A report on 50 cases.*

The authors report their findings in a series of 49 patients with 50 acute ankle sprains, who underwent surgical repair of their ruptured fibular collateral ligaments. All patients were selected for surgical treatment based upon the findings on stress-films taken under anesthesia, showing a laxity at least superior by 10° to the value found on the contralateral ankle.

All patients were reviewed 2 to 12 years after operation. Clinical evaluation was based upon Duquenois's criteria, and dynamic xrays were performed in all patients to evaluate residual laxity. The clinical results were good or excellent in 78% of patients, fair in 14% and poor in 8%. Seven patients (14%) complained of subjective instability. Stress films showed residual laxity from 5 to 10° in 10 patients (20%).

The authors conclude that their findings do not support the alleged superiority of surgical repair over conservative management of severe ankle sprains.

Keywords: ankle ; fibular collateral ligament ; sprain ; surgical repair.

Mots-clés: cheville ; ligament latéral externe ; entorse ; suture.

Le traitement des entorses graves du ligament latéral externe de la cheville n'est pas univoque. Dans la majorité des cas, les auteurs ont opté pour l'une ou l'autre attitude, chirurgicale ou fonctionnelle, qui leur donne satisfaction, ce qui rend toute comparaison impossible. Néanmoins en 1961, Ruth (22) avec une série de 72 patients, Brostrom

(1) en 1966 avec une série importante de 281 entorses, Duquenois (5) en 1975, Cox (3) en 1984, Rijke *et coll.* (21) en 1988 ont obtenu un meilleur résultat global à long terme après suture chirurgicale qu'après traitement orthopédique.

Nous avons étudié 50 cas d'entorse fraîche de la cheville qui présentaient une bascule de l'astragale supérieure d'au moins 10° à la bascule observée du côté opposé, sur un cliché de face, pied à angle droit, par stress manuel sous anesthésie générale. Toutes les entorses dont le baillement était inférieur à cette valeur ont été considérées comme relevant du traitement fonctionnel. Le tiroir antérieur n'a pas été recherché systématiquement. Les méthodes de diagnostic clinique et paraclinique de gravité reposaient sur le caractère appuyé du traumatisme, sur la notion de craquement et sur les clichés dynamiques. Cinquante chevilles ont bénéficié d'une suture chirurgicale. Nous avons étudié leur devenir à long terme.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Matériel

De 1984 à 1994, 50 entorses chez 49 patients (32 hommes et 17 femmes) ont été traitées chirurgicalement par un seul opérateur. Il s'agissait de 27 chevilles droites et 21 chevilles gauches et d'un cas bilatéral. L'âge des blessés allait de 15 à 56 ans avec un pic de fréquence

Service d'Orthopédie-Traumatologie, CHU Nord, 80054 Amiens Cedex 1, France.

Correspondance et tirés à part : O. Jarde.

plus élevé à 22 ans. L'âge moyen était de 26 ans. Dix-neuf patients faisaient du sport de façon régulière ou en compétition.

Les circonstances de l'accident étaient le sport 19 fois, (football 7, basket 3, tennis 3, volley ball 1, gymnastique 1, perche 1, divers 3) un accident du travail 18 fois, une chute d'un lieu élevé 5 fois, une chute de moto-cyclette 2 fois, un accident de vie domestique 6 fois.

Dans cette série, six blessés avaient un pied creux varus favorisant l'entorse. Le blessé avait consulté au plus tard à 48 heures. Le diagnostic d'entorse a été confirmé dans tous les cas par des clichés radiographiques de cheville de face et de profil et en varus forcé de face réalisé sous anesthésie, le pied maintenu à l'angle droit, comparés à un cliché en varus forcé controlatéral pour tous les patients. Aucun patient n'a eu de clichés en antépulsion. La limite inférieure d'indication opératoire était fixée à 10° de bascule astragalienne par rapport au côté opposé. Les angles de bâillement tibio-talien étaient compris entre 10° et 65° avec une valeur moyenne de 18,4°. Vingt-trois chevilles avaient entre 10° et 20°, 18 entre 20° et 30° et 9 présentaient un bâillement de plus de 30°. Sous anesthésie il n'existait pas de limitation de la mobilité tibio-talienne.

Lors de l'intervention chirurgicale, on a constaté que la capsule articulaire était toujours rompue ainsi que le ligament péronéo-astragalien antérieur. La rupture siégeait soit au ras de l'insertion proximale (28 cas) soit en plein corps ligamentaire (22 cas) et était facilement suturable. L'arrachement au ras de l'astragale n'a pas été observé. Le faisceau moyen était entièrement rompu dans 28 cas et partiellement dans les autres cas ; la rupture se situait au voisinage de l'insertion malléolaire. L'atteinte du faisceau moyen s'accompagnait 28 fois d'une rupture de la gaine des tendons péroniers. Enfin nous n'avons pu juger de l'état du faisceau postérieur car la voie d'abord utilisée ne permettait pas sa vision.

Méthode

Technique opératoire

La voie d'abord était latérale, de la malléole fibulaire vers la base du cinquième métatarsien. Elle permettait de dresser un bilan lésionnel : état du plan capsulaire antérieur, état des faisceaux antérieur et moyen du ligament latéral externe. Par la brèche capsulaire on vérifiait l'état des surfaces articulaires. Le plan capsulo-ligamentaire était suturé en paletot au Vicryl pour les lésions en plein corps ligamentaire et amarré par des

points trans-osseux pour les lésions au ras de l'insertion. La fermeture était effectuée sur un drainage aspiratif. Une botte plâtrée de marche était mise en place pour cinq semaines.

Une rééducation était entreprise au décours de l'immobilisation pour récupérer la mobilité de la cheville, renforcer l'action des muscles, en particulier péroniers et permettre une intensification de la proprioceptivité. La reprise du sport était autorisée entre le 2^{ème} et le 3^{ème} mois post-opératoire.

Méthode d'évaluation

Nous avons utilisé la classification de Duquenois (4) en quatre catégories avec deux critères subjectifs : la douleur et l'instabilité et deux critères objectifs : les troubles trophiques et la mobilité articulaire auxquels nous avons associé des critères radiologiques :

- **Résultat très bon** : aucune séquelle subjective ou objective, pratique possible de tous les sports.
- **Résultat bon** : une séquelle subjective ou objective mais aucune instabilité radiologique.
- **Résultat moyen** : deux séquelles subjectives ou objectives ou une instabilité radiologique inférieure à 10°.
- **Résultat mauvais** : plusieurs séquelles et/ou un bâillement radiologique supérieur à 10°.

Les 50 patients ont été revus par le même examinateur avec un recul minimum de deux ans et maximum de douze ans.

Tous ont eu, au moment de la révision, une radiographie dynamique de contrôle en varus forcé de façon bilatérale, sur un pied maintenu à angle droit.

RÉSULTATS

Complications

Nous n'avons relevé après traitement chirurgical aucune complication post-opératoire grave. Par contre 2 infections superficielles, 1 hématome, 1 paresthésie de la cicatrice et 1 granulome sur fil étaient notés.

Résultats

Critères subjectifs

Douleurs

Quarante et un patients avaient des chevilles indolores (82%). Cinq avaient des douleurs après

un effort sportif, une longue marche ou après une journée de travail (10%), 4 en permanence mais sans avoir dû changer de profession (8%).

Instabilité

L'instabilité était franche dans 3 cas (6%). Elle était intermittente avec une impression d'insécurité 4 fois (8%) soit au total 14% d'instabilités subjectives.

Critères objectifs

Troubles trophiques

Trente patients n'avaient pas d'œdème (60%) ; 11 fois, celui-ci apparaissait à la fatigue de façon intermittente (22%), et 9 fois de façon permanente (18%).

Mobilité

La mobilité de la tibio-tarsienne était normale 40 fois (80%), avec une limitation en flexion dorsale de 5° dans 6 cas, avec une limitation de 5° en flexion dorsale et 10° en flexion plantaire dans 4 cas (8%). Quinze patients avaient une raideur sous-astragalienne avec une diminution d'un tiers du secteur de mobilité.

Reprise du travail

Deux patients avaient été amenés à changer de profession après l'accident mais leur résultat fonctionnel était bon. Cinq se plaignaient d'une gêne avec douleur permanente. Cinq sportifs sur 19 décrivaient une instabilité ; 4 continuaient cependant le sport. Un sujet avait dû arrêter le sport. Neuf avaient repris au même niveau. Neuf faisaient moins de sport.

Critères radiologiques

Sur le cliché en varus forcé réalisé lors de la consultation de révision, 40 chevilles n'avaient aucun bâillement par rapport au côté opposé ; 6 avaient un bâillement résiduel de 5° et 4 de 10°.

Résultats globaux

Les scores obtenus ont été additionnés pour définir le résultat global qualifié de très bon, bon, moyen ou mauvais. Nous avons relevé : 39 très bons et bons résultats soit 78%, 7 résultats moyens soit 14%, 4 mauvais résultats soit 8%.

DISCUSSION

L'étude de cette série chirurgicale sans perdus de vue a révélé globalement de bons résultats pour la stabilité et les douleurs. Cependant il existe chez 7 patients (14%) une instabilité franche ou intermittente. La cheville reste douloureuse chez 9 patients. Un seul sujet a arrêté le sport après le traitement chirurgical.

Sur l'étude des 12 séries publiées par Kannus et Renstrom (15) en 1991, six ont conclu à la supériorité de la chirurgie, quatre à la supériorité du traitement orthopédique et deux à l'absence de différence entre les deux traitements. Par ailleurs, certains biais ont été notés dans ces séries ; seulement trois [Zwipp *et coll.* (28), Sommer *et coll.* (13), Freeman (6)] ont exclu les patients présentant des antécédents d'entorse. Deux études [Brostrom (1), Niedermann *et coll.* (20)] ne disposent pas de cliché dynamique à la révision et enfin toutes n'ont qu'un recul d'un an. De plus, le «traitement orthopédique» correspond selon l'étude considérée à des traitements différents. Le traitement chirurgical est le plus souvent suivi d'une immobilisation plâtrée ce qui est pénalisant en terme de délai de récupération. Zwipp *et coll.* (28) ont effectué une étude avec une courte immobilisation et sous couvert du port d'une attelle pneumatique mais ils ne concluent pas de façon nette. Les résultats de notre série traitée chirurgicalement sont équivalents à ceux de Judet *et coll.* (13) : sur 70 entorses graves, ils ont observé 57 très bons et bons résultats pour 8 passables et 5 mauvais.

Duquenois (5) a comparé 104 entorses graves opérées à 34 traitées par immobilisation plâtrée, soit en raison du refus d'une intervention, soit parce que le bâillement était inférieur à 15°. Les résultats globaux de cette série ont été meilleurs après suture qu'après plâtre puisque 49% ont eu de très bons ou bons résultats après plâtre contre 84% après suture. Ruth (22) a comparé les résultats des patients mobilisés d'emblée, à ceux des patients traités par immobilisation plâtrée ou suture. Cinquante huit pour cent des patients qui ont été mobilisés d'emblée, gardent des douleurs un an après leur accident. Parmi les 72 patients traités par immobilisation plâtrée simple, deux tiers seu-

lement ont récupéré une cheville stable. Par contre, les 32 patients qui ont été traités par suture chirurgicale et immobilisation plâtrée ont tous retrouvé une cheville stable. Ruth (22) concluait donc que la suture est seule capable d'assurer régulièrement une bonne stabilité du pied.

Brostrom (1) a analysé une série de 281 entorses récentes du cou de pied avec une rupture ligamentaire vérifiée par arthrographie : 95 entorses ont été traitées par suture suivie d'une immobilisation plâtrée de 3 semaines, 82 ont été traitées par un plâtre pendant trois semaines, 104 par strapping suivi d'une mobilisation d'emblée. L'auteur précise que le choix de l'une ou l'autre des méthodes a été fait strictement au hasard. Brostrom (1) reconnaît que les résultats sont plus rapidement obtenus par mobilisation précoce sous couvert de strapping, mais à distance les résultats étaient meilleurs après traitement chirurgical qu'après mobilisation d'emblée ou après immobilisation plâtrée. En effet, après suture chirurgicale 3% seulement des patients avaient à un an des symptômes résiduels ; après mobilisation d'emblée ou immobilisation plâtrée, 20% des patients avaient des séquelles. Par ailleurs, la stabilité subjective et objective de la cheville était meilleure après suture.

Dans une série de 73 chevilles traitées orthopédiquement par immobilisation, Staples (24) n'obtenait que 58,8% de chevilles asymptomatiques alors que dans une série de 27 chevilles traitées chirurgicalement, il n'obtenait que des bons résultats. De même Cox (3) dans une série publiée en 1985 sur 35 sutures du ligament latéral externe de la cheville dont 12 du faisceau péronéo-calcanéen, a obtenu 34 bons résultats. Enfin, Rijke *et coll.* (21) ont étudié 26 athlètes avec un recul de 2 à 5 ans. Les 20 sportifs traités chirurgicalement ont eu à long terme un meilleur résultat.

Freeman (6) a publié une série de 46 ruptures du ligament latéral externe, partielles ou totales traitées par mobilisation d'emblée, immobilisation plâtrée ou suture chirurgicale suivie d'immobilisation plâtrée. Quarante patients ont pu être revus avec un recul suffisant. Freeman (6) a comparé les résultats de ces trois méthodes selon trois critères : stabilité radiologique du cou de pied, durée de l'incapacité et fréquence des symptômes

résiduels à un an. Cinquante huit pour cent des patients traités par mobilisation d'emblée étaient indemnes de tout symptôme à un an alors qu'après suture chirurgicale, il n'y en avait que 25%. Freeman *et coll.* (7) concluent donc que la suture chirurgicale n'était pas nécessaire, la mobilisation d'emblée donnant plus rapidement des résultats meilleurs. Ce travail qui paraît condamner la chirurgie de l'entorse semble cependant biaisé car les 3 traitements comparés n'étaient pas randomisés.

Sommer et Arza (23) ont réalisé une étude prospective randomisée chez 80 sujets âgés de 18 à 45 ans ayant des lésions comparables. Les meilleurs résultats étaient obtenus par le traitement fonctionnel. Ces auteurs estimaient que la mobilisation précoce puis la stabilité de la tibio-tarsienne ainsi obtenue permettraient d'éviter l'arthrose post-traumatique.

Un essai thérapeutique prospectif et randomisé a été fait par Zwipp *et coll.* (28) dans les ruptures des ligaments de la cheville. Deux cents patients ont été répartis entre quatre groupes de traitement. Les résultats, 1 à 2 ans après l'accident, montraient que le traitement fonctionnel à l'aide d'un appareillage de type atelle gonflable était la méthode de choix. Ils obtenaient une bonne stabilité mécanique, une courte immobilisation permettant la reprise d'une activité sportive complète dans les trois mois qui suivent l'accident.

Les travaux de Tipton *et coll.* (25) et de Woo *et coll.* (27) ont montré que les sollicitations mécaniques engendrées par le mouvement et l'appui sont favorables à la cicatrisation et au remodelage collagénique des ligaments. Jaeger *et coll.* (12) et Fritschy *et coll.* (8) ont montré l'intérêt du traitement fonctionnel avec utilisation d'une orthèse amovible en plus du traitement orthopédique ou chirurgical.

L'étude récente de Kaikkonen *et coll.* (14) sur une série prospective de 60 cas dont 30 ont bénéficié d'une immobilisation d'une semaine puis d'une rééducation alors que les autres ont eu une suture chirurgicale, donne 87% de très bons ou bons résultats pour le traitement orthopédique et seulement 60% dans l'autre groupe.

En général, le traitement des entorses de la cheville chez le sportif est fonctionnel, associant

un strapping et un glaçage les deux premiers jours, puis une rééducation progressive et éventuellement des anti-inflammatoires oraux (17). Ce type de traitement permet une reprise plus rapide du sport (11). Mais il est controversé en raison de la fréquence des douleurs chroniques résiduelles et des risques de récurrence (2, 19). Linde et Hvass (18) dans une étude prospective retrouvent 32% de symptômes résiduels à 1 an avec ce type de traitement. Holmer et Carstensen (10) sur 149 cas ne retrouvent pas de différence entre une contention par strapping et une contention par bas antithrombotique. Klein *et coll.* (16) publient une étude comparative des traitements chirurgicaux, orthopédiques, et fonctionnels des entorses de cheville chez les sportifs. Les résultats sur les douleurs résiduelles font état d'un bénéfice au profit du traitement chirurgical ou du traitement fonctionnel sur le traitement orthopédique. Mais ils concluent à l'absence de différence entre le traitement chirurgical et le traitement fonctionnel. Gaulrapp et Bennett (2) publient 10% d'échec du traitement chirurgical d'une laxité chronique chez les footballeurs (4 patients sur 40 ont une fonction diminuée, dont 3 ont dû changer de discipline sportive).

Nos 50 patients ont été hospitalisés, ont eu une anesthésie générale et une opération. Le coût moyen est d'environ 11.000 FF, ce qui est 10 fois supérieur au traitement orthopédique, le nombre de séances de rééducation étant identique.

Les résultats de notre étude nous amènent à conclure que le traitement chirurgical n'améliore par le résultat global. Rappelons que, sur les douze séries rapportées, six avaient conclu à la supériorité de la chirurgie, quatre à la supériorité du traitement orthopédique et deux à l'absence de différence entre les deux traitements. Dans notre série uniquement chirurgicale il persiste à long terme 14% d'instabilité ce qui est comparable aux autres séries mais proche des résultats obtenus par le seul traitement orthopédique, ce qui ne permet plus d'affirmer la supériorité du traitement chirurgical.

CONCLUSION

Dans notre série le traitement chirurgical des entorses aiguës de la cheville, suivi d'immobilisa-

tion plâtrée, a donné un bon résultat global mais, a laissé persister 14% d'instabilités.

Les résultats subjectifs sont toujours meilleurs que les résultats objectifs.

Il ne semble pas persister de place pour le traitement chirurgical systématique des entorses graves, son résultat sur l'instabilité étant comparable au résultat du traitement orthopédique.

RÉFÉRENCES

1. Brostrom L. Sprained ankles. Surgical treatment of chronic ligament ruptures. *Acta Chir. Scand.*, 1966, 132, 551-565.
2. Callaghan M. J. Role of ankle taping and bracing in the athlete. *Br. J. Sport Méd.*, 1997, 31, 102-108.
3. Cox J. S. Surgical and nonsurgical treatment of acute ankle sprains. *Clin. Orthop.*, 1985, 198, 118-126.
4. Delplace J., Floucaud D., Castaing J. Traitement non sanglant des entorses de la cheville. Résultats à propos de 83 cas. *Rev. Chir. Orthop.*, 1975, 61, Suppl. 2, 146-152.
5. Duquennoy A. Indications thérapeutiques dans les entorses graves de la tibio-tarsienne. *Rev. Chir. Orthop.*, 1975, 61, Suppl. 2, 162-166.
6. Freeman M. Treatment of ruptures of the lateral ligament of the ankle. *J. Bone Joint Surg.*, 1965, 47-B, 661-668.
7. Freeman M., Dean M., Han Ham I. The etiology and prevention of functional instability of the foot. *J. Bone Joint Surg.*, 1965, 47-B, 678-685.
8. Fritschy D., Amt C., Bonvin J. C. Traitement fonctionnel de l'entorse de la cheville. *J. Traumatol. Sport*, 1987, 4, 131-136.
9. Gaulrapp H., Bennett P. Surgical treatment of soccer player's ankle joint. *Sportverletzsportschaden*, 1999, 7, 129-135.
10. Holmer P., Carstensen N. C. Compression stockings contra ace-bandages in the treatment of acute ankle distorsions. A prospective randomized study. *Ugeskr Laeger*, 1991, 153, 430-432.
11. Jackson J. P., Hutson M. A. Cast-brace treatment of ankle sprains. *Injury*, 1986, 17, 251-255.
12. Jaeger J. H., Meyer-Pleck D., Balliet J. M. Traitement des entorses graves de la cheville opérées ou non opérées et des laxités chroniques opérées par attelle pneumatiques amovibles. *J. Traumatol. Sport*, 1991, 8, 128-133.
13. Judet J. Résultats du traitement chirurgical de la rupture du ligament latéral externe de la cheville. *Rev. Chir. Orthop.*, 1975, 61, Suppl. 2, 157-158.
14. Kaikkonen A., Kannus P., Jarvinen M. Surgery versus functional treatment in ankle ligaments tears: a prospective study. *Clin. Orthop.*, 1996, 326, 194-202.
15. Kannus P., Renstrom S. Current concepts review. Treatment for acute tears of the lateral ligaments of the ankle. *J. Bone Joint. Surg.*, 1991, 73-A, 305-312.

16. Klein J., Hoher J., Tiling T. Comparative study of therapies of fibular ligament rupture of the lateral ankle joint in competitive basket-ball players. *Foot and Ankle*, 1993, 14, 320-324.
17. Leaman A. M., Simpson D. E. Treatment of sprained ankles by physiotherapists at professional soccer clubs. *Arch. Emerg. Med.*, 1988, 5, 177-179.
18. Linde F., Hvass I. Early mobilizing treatment in lateral ankle sprains. Course and risk factors for chronic painful or function-limiting ankle. *Scand. J. Rehabil. Med.*, 1986, 18, 17-21.
19. Losito J. M., O'Neil J. Rehabilitation of foot and ankle injuries. *Clin. Podiatr. Med. Surg.*, 1997, 14, 533-557.
20. Niedermann B., Andersen A., Bryde-Andersen S., Fjinder V., Jorgensen J. P., Lindholmer E., Vuust M. Rupture of the lateral ligaments of the ankle : operation or plaster cast ? *Acta Orthop. Scand.*, 1981, 52, 579-587.
21. Rijke A. M., Jones B., Vierhout P. A. Injury to the lateral ankle ligaments of athletes. *Am. J. Sports Med.*, 1988, 16, 256-259.
22. Ruth C. The surgical treatment of injuries of the fibular collateral ligaments of the ankle. *J. Bone Joint Surg.*, 1961, 43-A, 229-239.
23. Sommer H. M., Arza D. Functional treatment of recent ruptures of the fibular ligament of the ankle. *Int. Orthop.*, 1989, 13, 157-160.
24. Staples O. S. Ruptures of the fibular collateral ligament of the ankle. Result of study of immediate surgical treatment. *J. Bone Joint Surg.*, 1975, 57-A, 101-107.
25. Tipton C.-M., James S.-L., Mergner W. Influence of exercise on strength of medial collateral knee ligaments of dogs. *Am. J. Physiol.*, 1970, 218, 894-902.
26. Van Dijk C. N., Mol B. W. J., Lim L. S. L., Marti R. K., Bossuyt R. K. Diagnosis of ligament rupture of the ankle joint. Physical examination, arthrography, stress radiography and sonography compared in 160 patients after inversion trauma. *Acta Orthop. Scand.*, 1996, 67, 566-570.
27. Woo S. L., Inoue M., McGurk Y., Burleson E. Treatment of the medial collateral ligament injury. *Am. J. Sports Med.*, 1987, 15, 22-29.
28. Zwipp H., Hoffmann R., Thermann H., Wippermann B. W. Rupture of the ankle ligaments. *Int. Orthop.*, 1991, 15, 245-249.

SAMENVATTING

O. JARDE, E. HAVET, A. GABRION, P. MEIRE, P. VIVES. Resultaten op lange termijn na chirurgische behandeling van letsels van de buitenband van de enkel.

De auteurs beschrijven de resultaten bij 49 patiënten met 50 acute enkelbandletsels welke chirurgisch werden behandeld. Op de stress-radiografie was er een toegenomen laxiteit t.o.v. de contralaterale zijde van minstens 10°. Alle patiënten werden teruggezien 2 tot 12 jaar na datum. De klinische criteria volgens Duquenois en dynamische radiografieën werden nagekeken. De klinische resultaten waren goed en uitstekend in 78% der gevallen, matig in 14% en slecht in 8%. Zeven patiënten kloegen van residuele laxiteit. Een residuele laxiteit van 5 tot 10° werd bij 10 patiënten vastgesteld. De auteurs besluiten dat een chirurgische behandeling niet beter is dan een conservatief beleid bij acute bandletsels van de enkel.

RÉSUMÉ

O. JARDE, E. HAVET, A. GABRION, P. MEIRE, P. VIVES. Devenir à long terme des entorses du ligament latéral externe de la cheville traitées chirurgicalement. À propos d'une série de 50 cas.

Les auteurs rapportent les résultats de l'étude rétrospective d'une série de 49 patients qui avaient présenté au total 50 entorses aiguës de la cheville, traitées par réparation chirurgicale des lésions ligamentaires. L'indication du traitement chirurgical a été basée sur les résultats d'une étude radiologique dynamique sous anesthésie, lorsque le cliché de face en varus forcé à 90° de flexion montrait un bâillement tibio-talien supérieur d'au moins 10° au bâillement observé dans les mêmes conditions du côté opposé. Tous les patients ont été revus 2 à 12 ans après l'opération. L'évaluation clinique était basée sur les critères de Duquenois et sur l'étude radiologique dynamique réalisée chez tous les patients pour évaluer la laxité résiduelle. Les résultats cliniques ont été bons ou excellents dans 78% des cas, moyens dans 14% et mauvais dans 8%. Sept patients (14%) se plaignaient d'instabilité subjective. Les clichés en varus forcé montraient une laxité résiduelle entre 5 et 10° chez 10 patients (20%). Les auteurs concluent que leurs observations ne confirment pas la supériorité supposée de la réparation chirurgicale par rapport au traitement conservateur des entorses aiguës de la cheville.