

Grille d'évaluation ECOS - AMBOSS-38 - Douleur à la cheville - Femme 28 ans

Cabinet médical

Olivia Allen, femme de 28 ans, consultant pour douleur à la cheville droite

T° 37°C	TA 120/75 mmHg	FC 80 bpm	FR 16/min
------------	-------------------	--------------	--------------

Anamnèse (25%)

Score : 0/39

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Motif principal [Ma cheville me fait mal]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
2. Caractérisation de la douleur à la cheville				0
Localisation [C'est ma cheville droite]	<input type="checkbox"/>			
Intensité (sur une échelle de 0-10) [Je dirais que si je ne bouge pas le pied c'est un 2. Mais si je bouge mon pied c'est vraiment douloureux - je donnerais un 6]	<input type="checkbox"/>			
Qualité [C'est une douleur sourde]	<input type="checkbox"/>			
Début [Ça a commencé il y a 1 jour]	<input type="checkbox"/>			
Événements précipitants [Je faisais du jogging et il faisait déjà nuit. Mon pied droit s'est pris et s'est tordu dans une branche qui était par terre, et j'ai trébuché et je suis tombée. Je m'entraîne pour un marathon en ce moment, donc c'est vraiment embêtant]	<input type="checkbox"/>			
Progression/constante/intermittente [Ça n'a pas fait mal tout de suite mais a commencé quelques heures plus tard et c'est resté à peu près pareil depuis]	<input type="checkbox"/>			
Épisodes antérieurs [Aucun]	<input type="checkbox"/>			
Irradiation [En fait, la plante de mon pied droit fait mal aussi]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs améliorants [Si je ne bouge pas mon pied droit]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs aggravants [Si je bouge mon pied droit, ça empire. Mais aussi rester debout sur mon pied droit fait mal]	<input type="checkbox"/>			
Symptômes associés [Aucun]	<input type="checkbox"/>			
3. Recherche de symptômes spécifiques pour douleur à la cheville				0
Gonflement de la cheville [Pas que j'aie remarqué]	<input type="checkbox"/>			
Fièvre/frissons [Non]	<input type="checkbox"/>			
Éruption cutanée/changements cutanés [Je n'ai pas vraiment regardé aujourd'hui. Hier je n'ai rien vu]	<input type="checkbox"/>			
Douleurs articulaires [À part mon pied droit non]	<input type="checkbox"/>			
Appétit [J'essaie de manger moins parce que je veux perdre du poids pour le marathon]	<input type="checkbox"/>			
Changements de poids [J'ai perdu du poids parce que je le voulais. Grâce à mon bon programme d'entraînement et de nutrition, j'ai perdu 8 livres (3,6 kg) au cours des 4 derniers mois]	<input type="checkbox"/>			
Infections récentes [Non]	<input type="checkbox"/>			
Altération de la sensation du membre inférieur droit [Non]	<input type="checkbox"/>			
Faiblesse du membre inférieur droit [Non]	<input type="checkbox"/>			
4. Antécédents médicaux [J'ai eu une diarrhée bactérienne il y a 2 mois. On m'a donné des antibiotiques pour ça - je pense que c'était de la ciprofloxacine]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
5. Allergies [Aucune]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
6. Médicaments [Je prends un supplément de vitamine A tous les jours pour garder ma peau jeune]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
7. Hospitalisations et antécédents chirurgicaux				0
Hospitalisations [Jamais]	<input type="checkbox"/>			
Antécédents chirurgicaux [Aucun]	<input type="checkbox"/>			

8. Antécédents familiaux [Mon père a la goutte]

☐☐

0

9. Habitudes et mode de vie

0

Travail [Je travaille comme consultante en affaires]

☐

Domicile [Je vis seule]

☐

Alcool [Parfois je prends un verre de vin quand je sors dîner]

☐

Drogues récréatives [Jamais]

☐

Tabac [Non]

☐

Exercice [Je cours tous les jours, parce que je dois m'entraîner pour ce marathon. C'est le premier marathon auquel je vais participer]

☐

Alimentation [Beaucoup de salade. J'essaie de ne pas manger trop de calories]

☐

Examen clinique (25%)

Score : 0/9

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Mesures d'hygiène				0
Lavage des mains	<input type="checkbox"/>			
Respect de la pudeur avec drap	<input type="checkbox"/>			
2. Examen des extrémités				0
Examen complété avec bandage retiré	<input type="checkbox"/>			
Inspection des membres inférieurs [Hématome sur la cheville droite]	<input type="checkbox"/>			
Palpation des pouls pédieux	<input type="checkbox"/>			
Palpation des pieds et chevilles [Malléoles et plante sensibles à la palpation à droite]	<input type="checkbox"/>			
Palpation de la fibula proximale droite	<input type="checkbox"/>			
Examen ciblé des mouvements passifs et actifs des membres inférieurs [Mouvement de la cheville douloureux à droite]	<input type="checkbox"/>			
Examen ciblé de la sensibilité des membres inférieurs	<input type="checkbox"/>			

Management (25%)

Score : 0/12

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Hypothèses diagnostiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
2 points si au moins 2 diagnostics pertinents mentionnés, 1 point si 1 diagnostic				

Diagnostics différentiels à considérer

Causes traumatiques prioritaires

• Entorse de cheville → Radiographie cheville et pied droits (règles Ottawa)

Arguments POUR:

- ☐ Mécanisme de torsion typique (pied pris dans branche)
- ☐ Douleur, sensibilité à la palpation, hématome présents
- ☐ Douleur au mouvement et à l'appui
- ☐ Début retardé de la douleur (quelques heures après)
- ☐ Absence de déformations visibles
- ☐ Douleur relativement légère au repos (2/10)

• Fracture de cheville → Radiographie cheville en 3 incidences

Arguments POUR:

- ☐ Mécanisme traumatique par supination/pronation
- ☐ Chute avec torsion du pied
- ☐ Douleur, hématome, sensibilité présents

Contre : Douleur non immédiate après trauma ; absence déformations visibles, œdème ou douleur intense au repos

Causes de stress/surcharge

- **Fracture de stress métatarsienne** → *IRM pied droit (gold standard si rx normale)*

Arguments POUR:

- Entraînement marathon (charge augmentée)
- Restriction calorique + sexe féminin (facteurs risque)
- Début retardé de la douleur
- Douleur à la plante du pied

Contre : N'explique pas traumatisme aigu ni hématome cheville

Autres causes à considérer

- **Élongation musculaire** → *Examen clinique, US si doute*
Traumatisme avec étirement excessif
- **Fracture autres os du pied** → *Radiographie pied complet*
Fracture naviculaire, 5e métatarsien
- **Tendinopathie achilléenne** → *Examen clinique, US tendon*
Surentraînement marathon

2. Examens complémentaires

0

- Radiographie du pied et cheville droits [pour évaluer les fractures] ☐
- Radiographie de la fibula droite [pour évaluer les fractures associées de la fibula] ☐
- IRM du pied droit [diagnostic définitif d'une fracture de stress ; les radiographies conventionnelles peuvent apparaître normales dans les 2-3 premières semaines] ☐

3. Communication avec la patiente

0

- Explications à la patiente des impressions diagnostiques préliminaires ☐
- Explication du plan de prise en charge ☐
- Utilisation d'un langage non médical et clarification des termes médicaux ☐
- Évaluation de l'accord de la patiente avec le plan diagnostique ☐
- Recherche des préoccupations et questions de la patiente ☐

4. Prise en charge immédiate

Réapplication appropriée du bandage après examen ou information que l'infirmière viendra réappliquer le bandage

Prise en charge selon diagnostic

- Protocole RICE immédiat :
- Rest (Repos) : arrêt activité sportive
- Ice (Glace) : 20 min × 4-6/j × 48-72h
- Compression : bandage élastique non serré
- Elevation : membre surélevé > niveau cœur
 - Si entorse de cheville confirmée :
 - Grade I (étirement ligamentaire) :
- RICE + mobilisation précoce
- Attelle fonctionnelle 1-2 semaines
- AINS : ibuprofène 400 mg × 3/j × 5j
- Reprise progressive activité après 2-3 sem
 - Grade II (déchirure partielle) :
- Immobilisation attelle semi-rigide 2-3 sem
- Béquilles si appui douloureux
- Kinésithérapie précoce (J3-5)
- Proprioception dès diminution douleur
 - Grade III (rupture complète) :
- Botte plâtrée ou orthèse rigide 4-6 sem
- Chirurgie si sportif haut niveau
- Rééducation prolongée 3-6 mois
 - Si fracture de cheville :
 - Fracture non déplacée :
- Immobilisation plâtrée 6-8 semaines
- Sans appui 4-6 semaines
- Contrôle rx à J7 et J21
 - Fracture déplacée/instable :
- Réduction urgente + ostéosynthèse
- Types Weber B/C = chirurgie fréquente
- Plâtre post-op 2-4 semaines
 - Si fracture de stress :
- Arrêt complet course 4-8 semaines
- Activités portées (vélo, natation)
- Semelles orthopédiques si troubles statiques
- Correction facteurs risque :
 - • Apports calciques 1000-1200 mg/j
 - • Vitamine D 800-1000 UI/j
 - • Éviter déficit énergétique
- Reprise progressive selon douleur
 - Prévention récidive :
- Échauffement systématique
- Renforcement musculaire péroniers
- Proprioception (plateau instable)
- Chaussures adaptées au terrain
- Progression entraînement 10%/sem max
- Strapping préventif si ATCD entorse

⚠ Signes d'alarme et complications

- 1. Syndrome des loges**
Douleur intense, paresthésies → urgence chirurgicale
- 2. Lésion vasculo-nerveuse**
Absence pouls, déficit sensitif → exploration urgente
- 3. Fracture-luxation**
Déformation majeure → réduction urgente
- 4. Instabilité chronique**
Entorses répétées → bilan ligamentaire complet
- 5. Algodystrophie**
Douleur persistante > 3 mois → scintigraphie

Clôture de consultation

Défi : Bandage de la cheville

La cheville est enveloppée dans un bandage. L'examineur doit retirer le bandage. Ce n'est qu'alors qu'il deviendra évident qu'il y a une ecchymose sur la cheville.

Communication (25%)

Score : 0/20

Critères	A	B	C	D	E
1. Réponse aux sentiments et besoins du patient <i>Empathie, écoute active, validation des émotions Explique le déroulement de la consultation et vérifie les préoccupations du patient, commence l'anamnèse par une question ouverte ; reconnaît, verbalise et légitime les émotions, fournit du soutien</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Structure de l'entretien <i>Organisation logique, transitions fluides, gestion du temps Se présente par son nom et sa fonction, les étapes de l'entretien sont identifiables et s'enchaînent de manière logique, gestion du temps, adaptation à la situation</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Expression verbale <i>Clarté, vocabulaire adapté, vérification de la compréhension Langage adapté au niveau du patient, pas de jargon, explications compréhensibles, reformulations quand nécessaire, répétitions des points clés, fait une synthèse de la consultation, bonne articulation, ton et volume adéquats</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Expression non verbale <i>Contact visuel, posture, gestuelle appropriée Distance interpersonnelle adéquate, posture adéquate, gestes adéquats, contact visuel et expression faciale adéquats, pauses quand nécessaire</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Évaluation générale de la communication <i>Qualité globale de l'interaction médecin-patient</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Score Global

0%

% par Section

Anamnèse

0%

Examen clinique

0%

Management

0%

Communication

0%

Note Globale

A-E

Échelle de notation

A

≥90%

B

80-89%

C

70-79%

D

60-69%

E

<60%

Ecchymose sur la cheville du pied droit

Pied droit.

On peut voir une grande macule violette plate sur le côté latéral de l'articulation de la cheville.

C'est l'apparence typique de l'ecchymose souvent associée à une entorse ou une fracture.



Fracture Weber B de la cheville supérieure droite

Radiographie (antéro-postérieure) de la cheville supérieure droite : fracture de la fibula (l'écart de fracture est marqué par une ligne verte) au niveau de la syndesmosse (S). Cette constatation indique une fracture Weber B.



Fracture bimalléolaire de la cheville (1/2)

Radiographie cheville (gauche ; vue AP).

Une fracture transversale de la malléole médiale (ligne blanche en pointillés) est visible avec une fracture comminutive de la fibula distale (contours verts) au niveau de la syndesmoïse de la cheville (fracture Weber B ; superposition bleue).

La mortaise de la cheville est perturbée, avec déplacement latéral du talus (superposition jaune) et du fragment tibial (superposition rouge) par rapport à la diaphyse tibiale.

Contour rouge : tibia distal

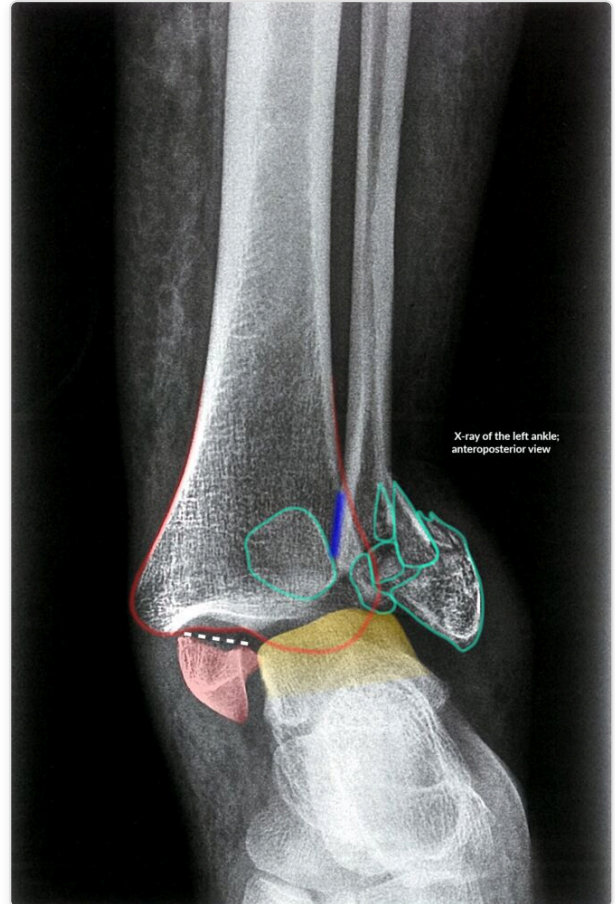


Fracture bimalléolaire de la cheville (2/2)

Radiographie cheville (gauche ; vue AP) - Suite.

Une fracture transversale de la malléole médiale (ligne blanche en pointillés) est visible avec une fracture comminutive de la fibula distale (contours verts) au niveau de la syndesmoïse de la cheville (fracture Weber B ; superposition bleue).

La mortaise de la cheville est perturbée, avec déplacement latéral du talus (superposition jaune) et du fragment tibial (superposition rouge) par rapport à la diaphyse tibiale.



Fracture trimalléolaire de la cheville

Radiographie cheville (droite ; vue AP) après blessure en supination-rotation externe.

Une fracture oblique de la fibula distale (superposition jaune et ligne rouge) est accompagnée d'une fracture-avulsion (lignes rouges) de la malléole médiale (superposition verte).

La mortaise de la cheville a été perturbée.

Il y a un élargissement du compartiment médial (indiqué par la flèche blanche) et un déplacement latéral du talus (indiqué par une flèche noire).

Une vue latérale (non incluse ici) montrait une fracture de la malléole postérieure.

Les résultats indiquent une fracture trimalléolaire instable nécessitant un traitement opératoire.

Si elle est classée selon l'emplacement de la fracture fibulaire (classification Danis-Weber), il s'agirait d'une blessure de type Weber B.



Fracture trimalléolaire de la cheville (2)

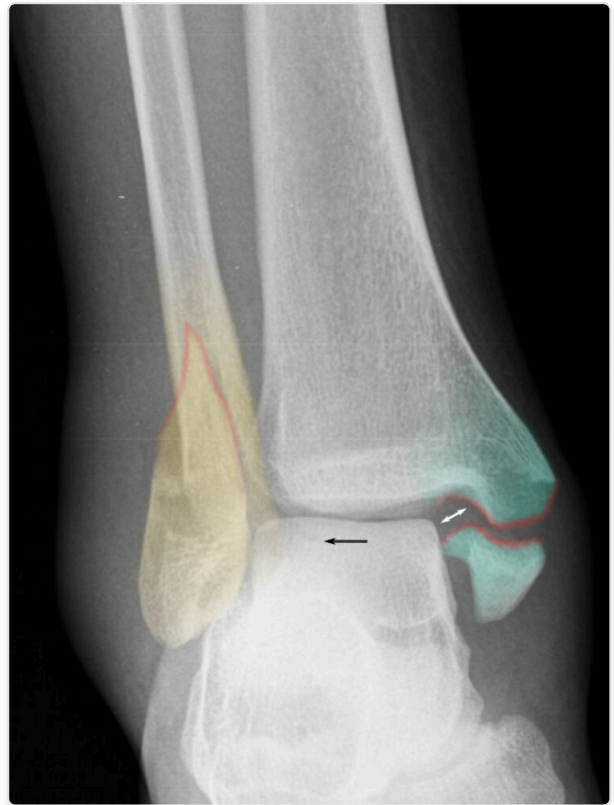
Radiographie cheville (droite ; vue AP) après blessure en supination-rotation externe - Suite.

Une fracture oblique de la fibula distale (superposition jaune et ligne rouge) est accompagnée d'une fracture-avulsion (lignes rouges) de la malléole médiale (superposition verte).

La mortaise de la cheville a été perturbée.

Il y a un élargissement du compartiment médial et un déplacement latéral du talus.

Les résultats indiquent une fracture trimalléolaire instable nécessitant un traitement opératoire.



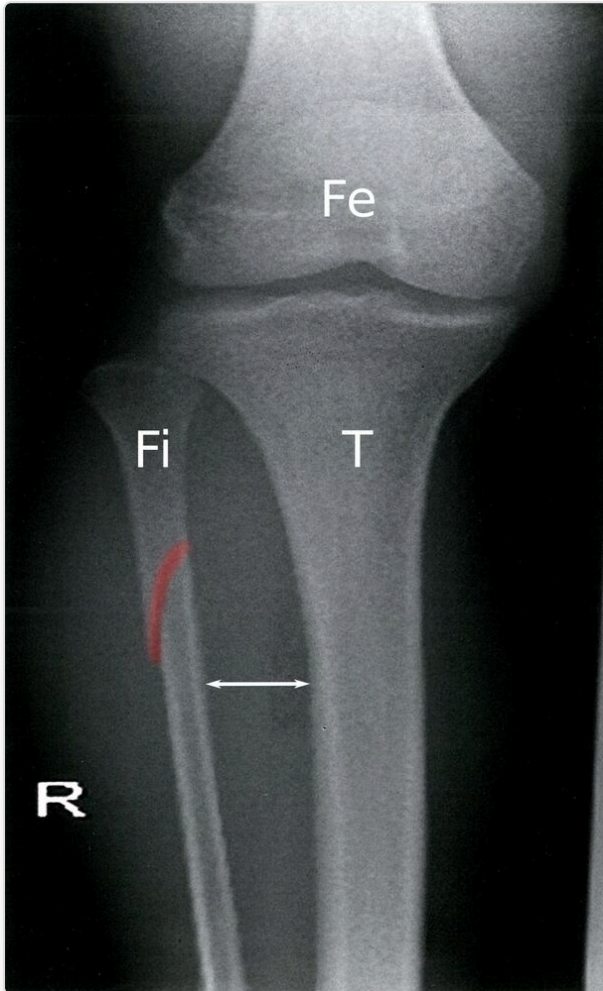
Fracture fibulaire proximale (1/2)

Radiographie genou droit (vue AP).

Une fracture oblique (superposition rouge) de la fibula proximale (Fi) montre un léger déplacement médial du fragment distal.

La subluxation latérale de la fibula au niveau de l'articulation tibiofibulaire et l'élargissement de la distance entre le tibia (T) et la fibula (double flèche) indiquent une rupture des ligaments tibiofibulaires.

Fe : fémur



Fracture fibulaire proximale (2/2)

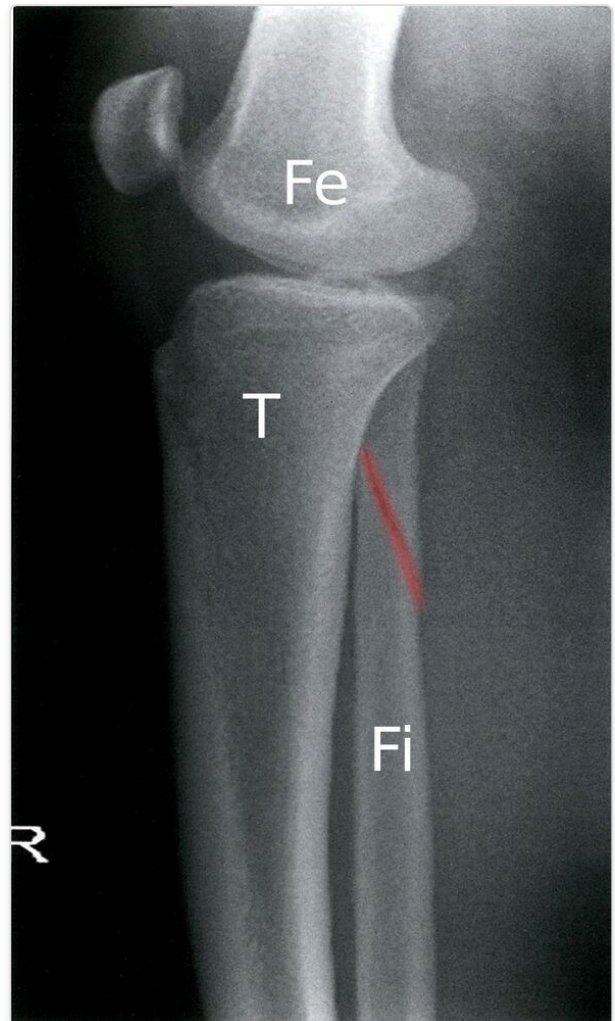
Radiographie genou droit (vue latérale).

La fracture fibulaire proximale oblique (superposition rouge) ne montre aucun déplacement antérieur ou postérieur appréciable du fragment distal.

Fe : fémur ;

Fi : fibula ;

T : tibia



Scénario pour la patiente standardisée

Nom : Olivia Allen | **Âge :** 28 ans

Contexte : Femme sportive avec traumatisme de cheville lors d'un jogging

Motif de consultation

Plainte principale : «Ma cheville me fait mal.»

Si on demande s'il y a autre chose : «Je m'entraîne pour un marathon et c'est vraiment embêtant.»

Consignes

- Enveloppez votre cheville droite dans un bandage mais laissez sortir la majeure partie du pied droit (y compris le talon et les orteils).
- Utilisez du maquillage, un stylo ou de la peinture pour créer une fausse ecchymose sur votre cheville droite. Alternativement, dites à l'examineur qu'il y a une ecchymose sur votre cheville droite après qu'il/elle ait retiré le bandage.
- Quand votre jambe droite est examinée, faites semblant que ça fait mal de bouger la cheville droite.
- Quand votre pied droit est examiné, faites semblant que ça fait mal si l'examineur appuie sur votre cheville et la plante de votre pied.
- Vous n'êtes pas au courant de la signification des termes médicaux (par ex., IRM) et demandez des clarifications si l'examineur les utilise.
- Défi : Votre cheville est enveloppée dans un bandage. L'examineur doit retirer le bandage. Ce n'est qu'alors qu'il deviendra évident qu'il y a une ecchymose sur votre cheville.

Histoire actuelle

Symptôme principal :

- Douleur cheville droite depuis 1 jour
- Traumatisme en jogging nocturne
- Pied pris dans branche, torsion et chute
- Douleur non immédiate (quelques heures après)
- Intensité 2/10 au repos, 6/10 au mouvement
- Douleur sourde
- Irradiation à la plante du pied

Symptômes associés :

- Pas de gonflement remarqué
- Pas de fièvre
- Pas regardé changements cutanés aujourd'hui
- Douleur à l'appui
- Limitation fonctionnelle pour course
- Pas de déficit sensitif
- Pas de faiblesse

Simulation

Durant l'entretien :

- Frustration sur impact entraînement marathon
- Motivation pour récupération rapide
- Inquiétude sur délai reprise course
- Mentionner régime restrictif
- Demander clarification termes médicaux

Durant le status :

- Bandage sur cheville droite
- Ecchymose visible après retrait bandage
- Douleur mobilisation cheville droite
- Douleur palpation malléoles et plante
- Pas de gonflement à simuler
- Marche possible mais douloureuse

Informations de l'expert

Dossier médical de l'entretien

Femme 28 ans sportive avec traumatisme cheville en torsion = entorse jusqu'à preuve contraire. Mécanisme typique : inversion forcée. Début retardé douleur + hématome + douleur mouvement/appui = entorse grade I-II probable. Règles Ottawa : rx si douleur malléole + incapacité 4 pas OU douleur base 5e méta/naviculaire. Ici : douleur plante pied = rx indiquée. Fracture stress possible vu marathon + restriction calorique MAIS traumatisme aigu favorise entorse. RICE immédiat + réévaluation.

Rôles et interventions de l'expert·e

L'expert·e intervient si l'étudiant·e demande :

- Tests ligamentaires : tiroir antérieur négatif, varus forcé douloureux
- Œdème : minimal (difficile à simuler)
- Laxité : normale (entorse grade I-II)
- Pouls pédieux : présents et symétriques
- Sensibilité : normale
- Force musculaire : normale sauf limitation par douleur

Points clés

- Règles Ottawa = guide pour radiographie
- Entorse > fracture si douleur non immédiate
- RICE = traitement initial standard
- Mobilisation précoce si entorse grade I-II
- Prévention : proprioception après guérison
- Fracture stress : penser si reprise douleur

Pièges

- Ne pas retirer le bandage (manquer ecchymose)
- Oublier palpation fibula proximale (Maisonneuve)
- Négliger facteurs risque fracture stress
- Immobiliser trop longtemps entorse bénigne
- Omettre conseils prévention récurrence
- Minimiser impact sur entraînement marathon

Diagnostic le plus probable

Entorse de cheville grade I-II (ligament collatéral latéral)

Entorse de cheville

Lésion ligamentaire la plus fréquente en traumatologie :

- Incidence : 1/10 000/jour, 25% blessures sportives
- Mécanisme : inversion 85%, éversion 15%
- Ligaments : LCL (talo-fibulaire antérieur ++)
- Grade I : étirement, micro-déchirures (85%)
- Grade II : déchirure partielle (10%)
- Grade III : rupture complète (5%)

Règles d'Ottawa pour la cheville

Critères validés pour indication radiographie :

- Sensibilité 98-100%, spécificité 40-50%
- Radiographie si UN critère présent :
- Zone malléolaire :
 - Douleur bord postérieur/pointe malléole latérale (6 cm)
 - Douleur bord postérieur/pointe malléole médiale (6 cm)
 - Incapacité faire 4 pas immédiatement et aux urgences
- Zone médio-pied :
 - Douleur base 5e métatarsien
 - Douleur os naviculaire
 - Incapacité faire 4 pas

Classification de Weber (fractures)

Classification selon niveau trait par rapport syndesmose :

- Weber A : sous la syndesmose
 - Avulsion malléole latérale
 - Stable, traitement conservateur
- Weber B : au niveau syndesmose
 - 50% lésion syndesmose
 - Stabilité variable
- Weber C : au-dessus syndesmose
 - Syndesmose toujours lésée
 - Instable, chirurgie fréquente
- Maisonneuve : Weber C + fracture fibula haute

Fractures de stress

Fractures de fatigue par microtraumatismes répétés :

- Incidence : 20% blessures course à pied
- Localisation : métatarsiens 50%, tibia 25%
- Facteurs risque :
 - Augmentation brutale charge entraînement
 - Triade athlète féminine (aménorrhée, ostéoporose)
 - Déficit énergétique relatif (RED-S)
 - Biomécanique anormale
- Diagnostic : rx normale 2-3 sem → IRM/scintigraphie
- Traitement : repos 4-8 semaines

Protocole RICE actualisé

Évolution vers PEACE & LOVE :

- PEACE (phase aiguë 0-72h) :

- - Protection : éviter aggravation
- - Élévation : drainage œdème
- - Avoid anti-inflammatoires : retardent guérison
- - Compression : modérée, confortable
- - Education : rassurer, informer
- LOVE (après phase aiguë) :
- - Load : charge progressive
- - Optimisme : facteur pronostic
- - Vascularisation : exercice aérobic
- - Exercice : renforcement, proprioception

Rééducation proprioceptive

Clé de la prévention des récives :

- Début : dès disparition douleur aiguë
- Progression : sol stable → instable
- Exercices : équilibre unipodal progressif
- - Yeux ouverts → fermés
- - Surface dure → mousse → plateau
- - Statique → dynamique
- Durée : 6-8 semaines minimum
- Efficacité : ↓ 50% risque récive

Rappels thérapeutiques

- AINS topiques > oraux si usage court
- Paracétamol 1g × 4/j si CI AINS
- Attelle semi-rigide > bandage élastique
- Mobilisation précoce : J2-3 si toléré
- Cryothérapie : 10-20 min, pas direct sur peau
- Reprise sport : test saut unipodal symétrique
- Strapping/taping : efficace en prévention
- Chaussures montantes : peu d'évidence

Examens complémentaires

- Radiographie standard : face, profil, 3/4
- Rx comparative : si doute lésion Lisfranc
- US : évalue ligaments, pas pour fracture
- IRM : gold standard ligaments et os
- CT : fractures complexes, planning chirurgical
- Scintigraphie : fracture stress si IRM CI
- Arthrographie : lésions syndesmo
- Stress rx : instabilité chronique