

FICHE INFORMATION

EVALUATION DU TRAITEMENT MEDICAL DES ENTORSES DE LA SYNDESMOSE TIBIO-FIBULAIRE DISTALE.

Investigateur coordonnateur : Dr Guillaume Cordier, Chirurgie de la cheville. Clinique du Sport, Bordeaux-Mérignac

Co-investigateur : Dr Eric Laboute, MPR. CERS, Capbreton

Médecins du sport associés : Dr Alain Frey, Dr Renaud Guiu

Médecins radiologues associés : Dr Philippe Meyer, Dr Camille Rondenet

Vous allez participer à une étude prospective de cohorte non interventionnelle pour analyser l'évolution clinique des entorses de la syndesmosse tibio-fibulaire traitées médicalement.

Tous les médecins compétents en traumatologie du sport (médecin du sport, MPR, rhumatologue, chirurgien orthopédiste) sont invités à participer.

A. Contexte et état des lieux

Ces entorses sont relativement fréquentes et souvent sous diagnostiquées. Le recours de plus en plus fréquent à l'imagerie (échographie et IRM) retrouve de nombreux cas de lésions de la syndesmosse qui étaient probablement négligés avant.

Il existe d'importantes disparités de prise en charge. Ainsi, les recommandations chirurgicales du traitement des entorses de la syndesmosse, qui se basent sur un risque potentiel d'instabilité chronique, semblent discordantes avec l'expérience clinique de beaucoup de praticiens qui traitent la majorité de ces cas médicalement.

Un recueil étendu de données sur l'évolution clinique de ces pathologies après traitement médical est donc indispensable pour essayer d'optimiser leur prise en charge.

B. Présentation des lésions de la syndesmose

Le mécanisme lésionnel typique de ces atteintes est très différent de celui des entorses latérales (inversion de cheville). Il correspond très majoritairement à un mécanisme de rotation externe / éversion / flexion dorsale de la cheville avec un pied fixé au sol. Les circonstances traumatiques sont donc très importantes pour suspecter ces lésions : tacle, placage, chute avec cheville en porte à faux, chute dans les escaliers...

La prise en charge thérapeutique habituellement conseillée est différente de celle des entorses latérales. Le traitement médical des entorses de la syndesmose stade 1 (lésion partielle du ligament tibio-fibulaire antérieur) et le traitement chirurgical des stades 3 (avec diastasis tibio-fibulaire) est consensuel. **Le débat entre une prise en charge médicale ou chirurgicale concerne les entorses grade 2 (rupture complète du ligament tibio fibulaire antérieur +/- autres lésions associées).**

Il reste difficile malgré les progrès de l'imagerie de définir les lésions stables et les lésions instables ; il n'y a à ce jour aucun consensus dans la littérature.

Notre objectif est donc d'étudier l'évolution des lésions de la syndesmose traitées médicalement et d'essayer d'établir des recommandations à partir des examens cliniques initiaux, de vos méthodologies de prise en charge et des résultats de l'imagerie IRM (durée et type d'immobilisation, type d'appui autorisé, reprise des activités...).

C. Déroulement de votre participation

Si vous recevez un patient pour lequel vous suspectez fortement une entorse de la syndesmose tibio-fibulaire, cliniquement ou à l'échographie, vous pouvez participer à l'étude. Il faudra alors remplir **un 1^{er} questionnaire en ligne** et lui faire réaliser une **IRM avec le protocole ci-dessous** le plus rapidement possible.

Un **2^{ème} questionnaire sera à remplir en ligne lorsque vous aurez les résultats de l'IRM.**

4 étapes en pratique :

1. Le patient doit donner son accord et répondre aux critères d'inclusions suivants

- Patient majeur
- Lésion aigue de moins de 4 semaines le jour de la première consultation
- Sportif loisir, amateur ou compétiteur
- Diagnostic clinique et/ou échographie d'entorse de la syndesmose tibio-fibulaire distale
- Patient bénéficiant du régime de la sécurité sociale

2. Prise en charge initiale et questionnaire 1

L'examen clinique doit être précoce et dater de la première consultation.

Nous vous demandons aussi votre prise en charge initiale en attendant les résultats IRM.

L'inclusion via le questionnaire en ligne, et avec l'accord oral du patient, peut se faire **immédiatement en ligne via le lien ci-dessous** :



<https://syndesmosesfts.evalandgo.com/f/244482/4pxzgXq9AHgr4VSGbaHaVv>

Si vous voyez le patient dès la première consultation avec une IRM, il faudra alors remplir le deuxième questionnaire de prise en charge à partir de l'IRM en même temps.

Si vous attendez les résultats IRM pour inclure votre patient, nous vous fournissons en annexes une fiche de recueil standardisée de l'examen initial à remplir lors de la première consultation et à utiliser lorsque vous remplirez les 2 questionnaires en ligne.

L'inclusion du patient ne doit pas modifier vos habitudes de prise en charge. Il ne s'agit en aucun cas d'une étude interventionnelle. Les résultats sont tous anonymisés et aucune pratique individuelle ne sera étudiée.

3. Protocole IRM à prescrire (si le patient n'a pas encore d'IRM)

Il est important que cette IRM soit faite le plus rapidement possible, dans les 4 semaines après la blessure, pour la fiabilité de l'interprétation. En cas d'IRM réalisée plus de 4 semaines après la blessure, nous vous demandons de compléter l'inclusion mais il est possible que l'IRM soit difficilement interprétable et que le dossier soit exclu de l'étude.

Protocole à copier-coller dans votre ordonnance :

« IRM cheville (droite ou gauche) pour lésion de la syndesmose tibio-fibulaire distale

Merci de réaliser les séquences suivantes :

CORO T1 + AX DP (sans fat sat) + 3 plans DP Fat Sat

Avec un plan axial remontant 10 cm au-dessus de l'interligne talocrural pour les séquences AX DP sans et avec Fat Sat

Protocole d'analyse IRM pour étude prospective SFTS sur l'évolution des lésions de la syndesmose »

4. Prise en charge à partir de l'IRM

Lorsque vous aurez les **résultats IRM**, nous vous demandons de bien vouloir renseigner **le site internet du centre de radiologie, les identifiants et codes du patient** ainsi que de préciser la suite de votre prise en charge en tenant compte de ces résultats IRM sur le lien suivant :



<https://syndesmosesfts.evalandgo.com/f/281130/4q4WnksUKeXnhAZ9zWNGcw>

Si vous n'avez pas d'accès de consultation en ligne de l'IRM, nous vous demandons de compléter la prise en charge et de nous envoyer un mail avec le nom du patient à l'adresse de contact syndesmosesfts@gmail.com.

Si l'IRM a été réalisée avec un autre protocole, vous devez nous envoyer également les codes pour consulter les images en ligne.

Il vous sera demandé si l'IRM confirme votre diagnostic initial de lésion de la syndesmose.

En cas de réponse négative, le patient ne sera pas inclus dans l'étude.

En cas de réponse positive, il faudra préciser votre prise en charge thérapeutique à partir de la date de réception des résultats IRM.

Tout patient inclus devra donc avoir les deux questionnaires en ligne complétés.

D. Analyse des données et suite de l'étude

Ces éléments permettront à notre attaché de recherche clinique d'inclure le patient dans le protocole de suivi à distance. **Nous vous demandons d'informer les patients que nous les recontacterons directement par mail en leur adressant des questionnaires systématiques à 6 semaines, 3 mois et 6 mois post blessure.**

Vous ne serez donc plus sollicité. Nous réanalyserons les images IRM via des relectures systématisées par deux radiologues différents pour uniformiser et optimiser la gradation des lésions.

Les résultats de l'étude seront présentés au symposium 2027 de la Société Française de Traumatologie du Sport (SFTS) qui est notre soutien scientifique.

Cette étude a été validée par la CNIL

Merci pour votre participation

Adresse de contact pour tout renseignement pratique ou médical sur l'étude :

syndesmosesfts@gmail.com

(Dr Renaud Guiu)

ANNEXES

Fiche initiale de renseignements avec examen clinique standardisé

Etude Syndesmose SFTS

1^{ère} consultation

1. Identification du patient

Prénom

Nom

E-mail

N° de Téléphone

Date de naissance

2. Informations sur la blessure

Date de la consultation initiale

Date de la blessure

Côté de la lésion G/D

Antécédent de fracture de cette cheville ? oui/ non

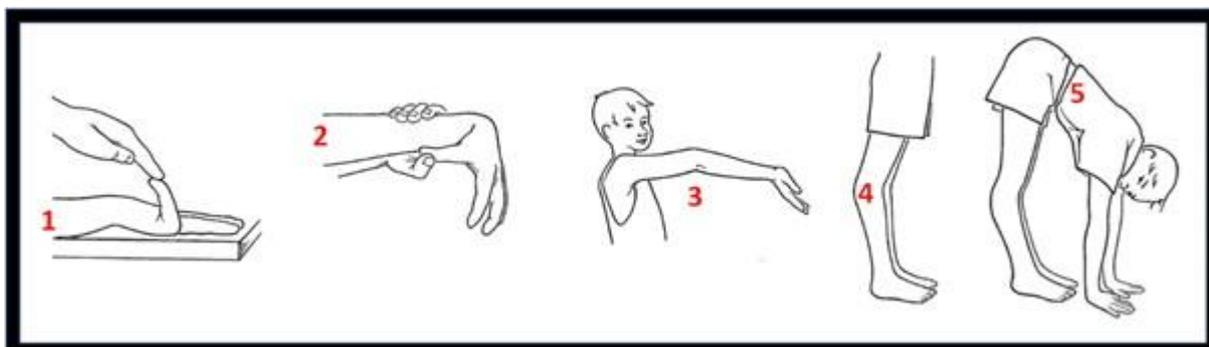
Si oui : chirurgie ? séquelles ?

Antécédents d'entorse(s) latérale(s) de cette cheville ? oui/ non

Si oui : entorse isolé(s) isolée(s) sans instabilité ou entorses à répétition avec instabilité ?

3. Examen clinique initial (à la date de la consultation initiale)

- **Hyperlaxité constitutionnelle :**



Pour chaque item précisez : non / 1 côté / 2 cotés ?

- 1) Flexion dorsale V^e metacarpo-phalangienne > 90°
- 2) Possibilité de toucher l'avant-bras avec le pouce en flexion palmaire de poignet
- 3) Recurvatum du coude
- 4) Recurvatum du genou
- 5) Mains à plat sur le sol debout genoux tendus

- **Evaluation marche** : normale / gêne modérée / appui impossible ?
- **Zones douloureuses à la palpation**



Pour les 4 points, précisez : positif / négatif / douteux ?

- 1- ligament tibio-fibulaire antéro-distal (syndesмосe antérieure)
- 2- Douleur ¼ inférieur de jambe sur plus de 6 cm
- 3- Ligament talo-fibulaire antérieur
- 4- Ligament collatéral médial

4. Tests cliniques



Pour les 3 tests, précisez : positif / négatif / douteux

- **Squeeze test** (pression des 2 mains au 1/3 moyen de jambe)
- **Test en dorsiflexion et rotation externe**
- **Test de translation antéro-postérieure fibulaire**

- **Mesure de la hauteur de la zone douloureuse en regard de la membrane interosseuse** (cheville jusqu'à l'extrémité supérieure de la zone douloureuse) : en cm

5. Traitement du patient entre sa blessure et la 1ere consultation

A-t-il été immobilisé ? oui/non

Si oui avec quoi ? résine / botte de marche / Attelle

Immobilisation gardée jour et nuit ? oui / non

Type d'appui : décharge complète / appui partiel / sans restriction

Utilisation d'anticoagulants ? oui/non

6. Prise en charge thérapeutique en attendant les résultats IRM

Quel type d'immobilisation lui prescrivez-vous ? résine / botte de marche / Attelle

Immobilisation gardée jour et nuit ? oui / non

Type d'appui : décharge complète / appui partiel / sans restriction

Utilisation d'anticoagulants ? oui/non