

FICHE

Entorse du ligament collatéral latéral (ligament latéral externe) de cheville : diagnostic, rééducation et reprise de l'activité physique et de la pratique sportive

Validée par le Collège le 3 avril 2025

Diagnostics différentiels

En présence d'une personne consultant pour des symptômes consécutifs à un traumatisme en torsion de cheville, la radiographie n'est pas nécessaire en première intention, vu le risque élevé de faux négatifs.

Les critères d'Ottawa et les critères Bernois présentent une très bonne capacité à exclure la présence d'une fracture.

- En présence d'au moins un critère d'Ottawa ou Bernois positif, la personne doit être adressée à un médecin pour avis, si cela n'est pas déjà le cas, pour confirmer par imagerie la fracture suspectée.
- *A contrario*, si tous les critères d'Ottawa sont négatifs, l'hypothèse diagnostique de fracture est considérée nulle. Une évaluation subjective et objective approfondie, sans nécessité de recourir aux examens d'imagerie, doit être menée pour confirmer le diagnostic d'entorse du ligament collatéral latéral de cheville, et déterminer le stade de gravité de l'entorse.

Chez un enfant âgé de moins de 5 ans ou un adulte âgé de plus de 65 ans, le clinicien doit, lors de la première consultation et les suivantes, rechercher les signes cliniques et les symptômes rapportés pouvant justifier le recours à une radiographie de contrôle.

Les diagnostics différentiels graves d'une entorse de cheville sont nombreux. Il n'y a pas de moyen simple et reproductible de les éliminer formellement. Le professionnel de santé prenant en charge une personne après traumatisme de cheville doit mobiliser l'ensemble des éléments de l'anamnèse, de l'examen clinique et des examens complémentaires au regard de son expérience clinique pour faire le bon diagnostic.

L'entorse du ligament collatéral latéral est la lésion la plus fréquemment retrouvée. Cette forte prévalence ne doit pas occulter les autres lésions moins fréquentes qui constituent les diagnostics différentiels d'un traumatisme de cheville.

Cette fiche présente sommairement les principaux diagnostics différentiels et drapeaux rouges, comme mémo destiné à aider le praticien au quotidien.

Diagnostics différentiels traumatiques

- [Fractures de cheville](#)
- [Fractures du pied](#)
- [Entorses de la syndesmose](#)
- [Lésions de Chopart](#)
- [Lésions du Lisfranc](#)
- [Ruptures tendineuses](#)
- [Luxations des tendons fibulaires](#)
- [Lésions ostéocondrales du dôme du talus de type F \(fracture\)](#)

Diagnostics différentiels non traumatiques

- [Arthrites de cheville](#)
- [Fractures de fatigue](#)
- [Lésion ostéocondrale du dôme du talus de type O et G](#)
- [Ostéonécroses \(ostéocondrites\)](#)
- [Tendinopathies](#)
- [Conflits antérieurs et postérieurs](#)
- [Syndrome du sinus du tarse](#)
- [Syndrome douloureux régional complexe](#)

Drapeaux rouges

- [Syndrome septique](#)
- [Présence ou absence de contexte traumatique](#)
- [Présence d'un ou de plusieurs critères d'Ottawa et/ou critères Bernois](#)
- [Signes de rupture tendineuse](#)
- [Lésions syndesmotiques](#)
- [Présence d'un signe et/ou symptôme évoqués précédemment lors de la réévaluation clinique du patient](#)

Lésions associées

Diagnostics différentiels

Les diagnostics différentiels d'une entorse du ligament collatéral latéral sont nombreux et variés. Il existe diverses lésions traumatiques intéressant les structures anatomiques latérales proches du ligament collatéral latéral, au premier rang desquelles les fractures du pied et de la cheville, ainsi que les entorses des autres ligaments de cheville et les lésions tendineuses. Outre ces diagnostics traumatologiques, il existe un certain nombre de diagnostics médicaux dont la présentation clinique, associant un œdème de cheville et des douleurs, peut être proche d'une cheville traumatisée.

Diagnostics différentiels traumatiques

Les traumatismes de cheville peuvent être à l'origine de lésions ligamentaires, osseuses et tendineuses variées. L'entorse du ligament collatéral latéral reste de loin la lésion la plus fréquemment retrouvée. Cette forte prévalence ne doit cependant pas occulter les autres lésions moins fréquentes qui constituent les diagnostics différentiels d'un traumatisme de cheville. Certaines d'entre elles nécessitent une prise en charge urgente, orthopédique, voire parfois chirurgicale.

► [Revenir au sommaire](#)

Fractures de cheville

Les fractures de cheville peuvent intéresser le tibia ou la fibula ou les deux os. Le diagnostic de ces fractures se fait sur une radiographie standard de cheville de face et de profil. Elles sont suspectées en cas d'impotence fonctionnelle majeure, de déformations de cheville et de douleurs malléolaires à distance de l'insertion du ligament collatéral latéral. Les fractures de cheville sont éliminées par l'absence de critères d'Ottawa et Bernois.

► [Revenir au sommaire](#)

Fractures du pied

Tous les os du pied peuvent être le siège de fractures. Certaines d'elles nécessitent une prise en charge chirurgicale. Le diagnostic de ces fractures se fait sur une radiographie du pied de face, de profil et de trois quarts. Les fractures du pied sont suspectées en cas d'impotence fonctionnelle majeure et de douleurs à la palpation des reliefs osseux du pied. Les fractures du pied sont également spécifiquement éliminées par les critères d'Ottawa et Bernois.

► [Revenir au sommaire](#)

Entorses de la syndesmose

Toute entorse de la syndesmose doit être considérée comme potentiellement grave. Les entorses de grade 3, avec instabilité mécanique de la syndesmose, sont d'indication opératoire. Le diagnostic positif d'entorse de la syndesmose se fait à l'échographie, l'évaluation de l'ouverture de la syndesmose se fait sur la radiographie de face de cheville. Le diagnostic est suspecté devant la présence d'une douleur siégeant sur le ligament tibio-fibulaire inférieur et antérieur, et sur la présence de signes spécifiques de lésions de la syndesmose (particulièrement, incapacité de marcher et de sauter à cloche-

pied, incapacité à réaliser une fente avant en charge, test de compression de la jambe positif, test de stress en dorsiflexion et rotation latérale positif).

► [Revenir au sommaire](#)

Lésions de Chopart

Les lésions de l'articulation Chopart comprennent toutes les lésions touchant les interlignes articulaires talo-naviculaire et calcanéo-cuboïdienne. Elles comprennent les entorses bénignes et graves des ligaments talo-naviculaire, calcanéo-cuboïdien et du ligament bifurqué, mais également les luxations péri-taliennes qui nécessitent une prise en charge chirurgicale en urgence. Le diagnostic se fait sur la radiographie en cas de luxation ou d'arrachement osseux associé à l'entorse et à l'échographie pour les lésions ligamentaires pures. Le diagnostic est suspecté lors d'une douleur siégeant sur l'interligne du Chopart.

► [Revenir au sommaire](#)

Lésions du Lisfranc

Les lésions de l'articulation Lisfranc comprennent toutes les lésions touchant les interlignes tarso-métatarsiennes. Elles comprennent les entorses bénignes et graves, mais également les luxations du Lisfranc qui nécessitent une prise en charge chirurgicale en urgence. Le diagnostic se fait à la radiographie en cas de luxation ou de fracture associée, et à l'échographie pour les lésions ligamentaires pures. Le diagnostic est suspecté devant la présence de douleur du médio-pied en regard de l'interligne du Lisfranc.

► [Revenir au sommaire](#)

Ruptures tendineuses

Les ruptures tendineuses peuvent intéresser le tendon d'Achille, moins fréquemment le tendon tibial antérieur, et plus rarement le tendon tibial postérieur et les tendons fibulaires. Ces ruptures nécessitent une prise en charge orthopédique ou chirurgicale. Le diagnostic est uniquement clinique pour le tendon d'Achille et le tibial antérieur, et échographique pour les tendons tibiaux postérieur et fibulaire. Le diagnostic est suspecté devant des douleurs le long du trajet de ces tendons et la perte de fonction spécifique du tendon concerné. Pour le tendon d'Achille plus particulièrement, le test clinique de référence est le test de Thompson (compression des gastrocnémiens sur un sujet allongé en procubitus et au repos).

► [Revenir au sommaire](#)

Luxations des tendons fibulaires

Elle est secondaire à une lésion du rétinaculum des fibulaires. L'évolution de cette lésion se fait vers la chronicisation avec la répétition des épisodes de luxation. Le diagnostic se fait cliniquement au stade chronique par la reproduction de la luxation par l'examineur ou le patient, et par la palpation des

tendons sur la face latérale de la malléole latérale. À la phase aiguë, la reproduction de la luxation est douloureuse et seule l'échographie peut retrouver une lésion récente du rétinaculum.

► [Revenir au sommaire](#)

Lésions ostéochondrales du dôme du talus de type F (fracture)

Certaines lésions ostéochondrales du dôme du talus sont d'origine traumatique. Elles sont classées F (pour fracture) dans la classification FOG (forme « F » pour fracture ; forme « O » pour ostéochondrite ou ostéonécrose, et forme « G » pour géode). Elles peuvent nécessiter un traitement orthopédique ou un traitement chirurgical. Elles sont suspectées sur les radiographies standards et confirmées par les examens en coupe (scanner, arthroscanner ou IRM).

► [Revenir au sommaire](#)

Diagnostics différentiels non traumatiques

Certaines pathologies du pied et de la cheville non traumatiques peuvent être à l'origine d'une cheville douloureuse et œdématisée. La présentation clinique est alors proche d'une cheville traumatisée.

► [Revenir au sommaire](#)

Arthrites de cheville

Les arthrites peuvent être infectieuse, inflammatoire, microcristalline ou arthrosique (poussée congestive d'arthrose). La cheville est œdématisée et douloureuse et l'impotence fonctionnelle est parfois majeure. Le diagnostic est suspecté devant un tableau de cheville œdématisée et globalement douloureuse pouvant être associé à un syndrome septique avec hyperthermie et frissons. Le diagnostic est fait par un bilan biologique et une ponction articulaire.

► [Revenir au sommaire](#)

Fractures de fatigue

Les fractures de fatigue surviennent dans un contexte de déséquilibre entre les contraintes subies par un os et sa capacité de résistance et particulièrement lors d'une exposition répétée à ce contexte. Elles surviennent volontiers en cas d'insuffisance osseuse ou lors d'une augmentation brutale de l'activité physique. Un grand nombre des os de la cheville et du pied peuvent être touchés, particulièrement la fracture de la base du cinquième métatarsien et les fractures des métatarsiens (fractures de Jones et fractures métaphysaires des métatarsiens centraux).

► [Revenir au sommaire](#)

Lésions ostéochondrales du dôme du talus de type O et G

Les LODT de type « O » (ostéochondrale) ou « G » (géode) sont des lésions chroniques. Leur présentation clinique est peu spécifique, retrouvant des signes tels que la douleur, l'œdème, les sensations de blocage de cheville, voire des épisodes de pseudo-instabilité. Le traitement est médical puis

chirurgical, mais s'inscrit dans une prise en charge de pathologie chronique. Elles peuvent se démasquer et devenir symptomatiques lors d'un épisode de traumatisme de cheville.

► [Revenir au sommaire](#)

Ostéonécroses (ostéochondrites)

L'os naviculaire est particulièrement sujet à cette pathologie qui porte alors le nom de maladie de Muller Weiss. Le diagnostic est suspecté à la radiographie et confirmé par les examens en coupe et particulièrement l'IRM. Le traitement s'inscrit dans une prise en charge chronique médico-chirurgicale.

► [Revenir au sommaire](#)

Tendinopathies

Elles peuvent intéresser les tendons fibulaires, le tendon tibial antérieur, le tendon tibial postérieur et le tendon d'Achille. Les tendinopathies peuvent survenir sur un mode aigu à la suite de la pratique sportive. Le tableau clinique se rapproche alors de celui d'une cheville traumatique. Le diagnostic est clinique et peut être confirmé par échographie. L'examen clinique peut identifier une douleur à la palpation du tendon, provoquée lors d'une contraction du muscle ou d'un étirement maximal, d'horaire inflammatoire et en l'absence de traumatisme.

► [Revenir au sommaire](#)

Conflits antérieurs et postérieurs

Bien que leurs causes soient multiples, ces syndromes surviennent fréquemment dans les suites d'un traumatisme de cheville. Les conflits antérieurs font suite à des lésions ligamentaires ou osseuses du récessus antérieur de l'articulation tibio-talaire. Les conflits postérieurs font suite à une contusion osseuse ou une fracture de l'os trigone ou des processus postéro-médial et postéro-latéral du talus. Le diagnostic de conflit est avant tout clinique et est inconstamment confirmé par IRM et arthroscanner.

► [Revenir au sommaire](#)

Syndrome du sinus du tarse

Les douleurs siègent au niveau de l'orifice externe du sinus du tarse. Le diagnostic est suspecté à la palpation du sinus du tarse et à la mobilisation de la sous-talienne, et confirmé à l'IRM.

► [Revenir au sommaire](#)

Syndrome douloureux régional complexe

Le syndrome douloureux régional complexe (anciennement dénommé algodystrophie) est à l'origine d'un tableau de douleur régionalisée associé à des troubles neurologiques et vasomoteurs. Le diagnostic est clinique et fait appel aux critères de Budapest.

► [Revenir au sommaire](#)

Comment éliminer ces diagnostics différentiels ?

Les diagnostics différentiels graves d'une entorse de cheville, nécessitant une prise en charge spécifique, sont nombreux. Il n'y a pas de moyen simple et reproductible de les éliminer formellement. Le professionnel de santé prenant en charge un patient après traumatisme de cheville doit utiliser l'ensemble des éléments de l'anamnèse, de l'examen clinique et des examens complémentaires pour faire le bon diagnostic.

Les drapeaux rouges sont les suivants :

- présence d'un syndrome clinique septique ;
- absence de traumatisme à l'origine de l'état pathologique du patient ;
- présence d'un critère d'Ottawa ou Bernois ;
- présence d'une rupture tendineuse ou d'un syndrome syndesmotique ;
- absence d'amélioration clinique lors des examens cliniques successifs.

Syndrome septique

La présence d'une infection du pied ou de la cheville doit être éliminée. À l'évaluation subjective, on recherche un antécédent de plaie, une consommation en intraveineuse de drogue, une hyperthermie et des frissons. À l'examen clinique, on recherche une plaie, un abcès sous-cutané, une lymphangite et des adénopathies. Une arthrite septique de cheville engage le pronostic vital et est une urgence absolue.

► [Revenir au sommaire](#)

Présence ou absence de contexte traumatique

Le terme « entorse » est fréquemment utilisé par les patients pour désigner un œdème ou une douleur de cheville parfois sans qu'ils n'aient subi de traumatisme. Une entorse du ligament collatéral latéral ne pouvant être que le résultat d'un traumatisme de cheville, il est primordial de rechercher à l'anamnèse la présence effective d'un épisode traumatique. L'absence de traumatisme clair est un drapeau rouge qui doit faire rechercher un diagnostic différentiel médical.

► [Revenir au sommaire](#)

Présence d'un ou de plusieurs critères d'Ottawa et/ou critères Bernois

Les critères d'Ottawa et Bernois ont été développés pour limiter le nombre de radiographies réalisées lors de l'examen initial. Ces critères cherchent spécifiquement à éliminer la présence d'une fracture de cheville et du pied. La présence d'un critère d'Ottawa ou Bernois est un drapeau rouge, qui doit inciter à faire réaliser une radiographie à la recherche d'une fracture. Les critères d'Ottawa et Bernois ne sont applicables que lors de l'examen initial.

► [Revenir au sommaire](#)

Signes de rupture tendineuse

L'anamnèse retrouve une sensation de claquement parfois audible par le patient. L'examen clinique recherche la disparition du relief tendineux, la fonction du tendon rompu est parfois préservée (du fait de suppléance de la fonction par le recrutement d'autres muscles). Le signe de Thomson et la perte de l'équin automatique en décubitus ventral sont des signes spécifiques de rupture du tendon d'Achille.

► [Revenir au sommaire](#)

Lésions syndesmotiques

Le patient présente une douleur sur le ligament tibio-fibulaire antéro-inférieur (LTFAI) à distance du LTFA. Il existe des signes spécifiques de lésions de la syndesmose (*Squeeze Test*, *Cotton Test*, *Cross Leg Test*, test de translation latérale et test de contrainte en rotation latérale [test de Kleiger]). Les lésions syndesmotiques à fort impact nécessitent un traitement chirurgical.



Squeeze Test

► [Revenir au sommaire](#)

Présence d'un signe et/ou symptôme évoqués précédemment lors de la réévaluation clinique du patient

L'évaluation clinique précise initiale du patient est souvent difficile, compte tenu de l'œdème et de la présence de douleurs diffuses. Il est primordial de réévaluer les patients dans les 5 à 7 jours suivant le traumatisme. Les douleurs sont alors moins diffuses, et il est plus facilement retrouvé à la palpation une douleur exquise sur le LTFA permettant de confirmer le diagnostic d'entorse du ligament collatéral latéral. À ce délai, toute douleur à distance du ligament collatéral latéral fait suspecter un diagnostic différentiel qui doit être éliminé par des examens radiologiques adaptés.

► [Revenir au sommaire](#)

Lésions associées

Plusieurs des diagnostics différentiels déjà cités peuvent être aussi considérés comme des lésions associées, dont les principales sont listées ci-dessous :

- œdème osseux post-traumatique ;
- conflit postérieur post-traumatique ;
- conflit antéro-externe ;
- lésion aiguë ou chronique de la sous-talienne ;
- luxation du tendon des fibulaires ;
- lésion ostéochondrale du talus (LODA) ;
- lésion de la syndesmose tibio-fibulaire ;

- fracture de Maisonneuve (diastasis médial tibio-talien et tibio-fibulaire distal et fracture diaphysaire de la fibula pouvant aller au col fibulaire) ;
- entorse du ligament collatéral médial ;
- entorse de Chopart ;
- entorse de Lisfranc.

► [Revenir au sommaire](#)