

S.Abellaneda, PhD,
Docteur en Sciences de la Motricité,
Kinésithérapeute.



Les lésions myotendineuses 2

Une classification des lésions permet-elle d'estimer précisément le niveau de gravité et plus précisément, le temps d'indisponibilité d'un sportif ?

Les lésions musculaires représentent 10 à 55% des blessures en pathologies sportives. Le diagnostic est aisé si le schéma lésionnel est simple, classique et absolu, c'est-à-dire, si celui-ci se définit par une douleur brutale, localisée en pleine masse musculaire et qui induit un arrêt immédiat de l'effort. Ce schéma est finalement aujourd'hui relativement rare.

De la classification d'O'Donoghue en 1962 à celle de Pollock en 2014, il n'existe pas de classification validée dans la littérature scientifique permettant d'évaluer la gravité des lésions dans le sport et de fait, d'estimer le temps d'indisponibilité. En effet, les termes élongation, claquage, déchirure, désinsertion et rupture sont des termes empiriques.

La classification la plus utilisée est actuellement celle de Järvinen, en stade 1.2.3. Celle de Stoller est relativement comparable à l'exception de l'ajout du stade 0 des DOMS et courbatures.

Synthèse succincte de ces deux classifications :

Stade 0	DOMS	Sensation de courbatures
Stade 1	« élongation » = <i>tableau moyen</i>	Quelques fibres sont rompues Tableau clinique pauvre Absence d'hématome Échographie et IRM sans particularité franche
Stade 2	« claquage/déchirure » = <i>tableau moyen</i>	Présence d'une douleur Limitation de l'amplitude de l'étirement passif Présence d'un hématome intra ou extra musculaire
Stade 3	« rupture/désinsertion » = <i>tableau rare</i>	Rupture totale ou partielle du corps musculaire Lésions palpables et visibles, le plus souvent Tableau clinique positif

Ce tableau de synthèse met clairement en évidence le problème que pose la seule utilisation de classification des lésions. Les stades 1 et 2 sont proches et souvent, par protection, on se prononcera en faveur d'un 2 et ceci pour une très large proportion de blessures. Le stade 0 fait rarement l'objet d'une évaluation et le stade 3 est heureusement rare.

Les classifications anatomiques présentent-elles un autre intérêt ?

Il existe cette autre modalité de classification à savoir celle de considérer le squelette fibreux du muscle dans lequel chemine les vaisseaux, les nerfs mais aussi au sein duquel se trouve des zones de faiblesse propices à des lésions potentielles. Ces classifications apportent de la précision sur la topographie des lésions mais n'apportent pas d'élément supplémentaire au plan du temps d'indisponibilité.

Trois niveaux de localisations sont ainsi repris :

- Les jonctions myotendineuses caractérisées par l'interpénétration des fibres musculaires dans la nappe tendineuse ; il s'agit par exemple des lésions proximales des muscles ischio-jambiers
- Les jonctions myo-aponévrotiques de corps musculaire ; il s'agit par exemple des lésions du droit fémoral,
- Les jonctions myo-aponévrotiques périmusculaires telles que les lésions entre gastrocnémiens et soléaire ou chef court et chef long du biceps.

Les classifications selon le mécanisme fonctionnel de survenue de la blessure présentent-elles un intérêt ?

Plusieurs classifications sont proposées mais celle qui consiste à dissocier les lésions intrinsèques (rupture à l'intérieur du muscle lors de la course, par exemple) des lésions extrinsèques (rupture par le coup involontaire d'un adversaire – coup de jambon) présente un intérêt supplémentaire.

▪ Lésions intrinsèques

La fonction musculaire est responsable de sa propre lésion par mise sous tensions excessive. Ces lésions représentent environ 90% des lésions musculaires. Leur cadre de survenue est le suivant :

- Sport qui demande un effort bref, répété et intense
- Touche essentiellement les muscles des membres inférieurs (IJ-51%, Q-20%)
- Touche davantage les hommes/femmes dans une proportion de 90/10%
- Il existe des signes annonciateurs dans 25% des cas.

▪ Lésions extrinsèques

Ces lésions représentent seulement 10% des cas de déchirures musculaires mais sont classiques en termes d'accidentologie. Elles surviennent principalement dans des conditions d'opposition, de duel notamment dans les sports de contact. Le pied ou genou de l'adversaire vient béquiller le corps musculaire du premier, entraînant un écrasement des fibres musculaires sur les reliefs osseux en présence.

La gravité de ces lésions est fonction de la violence du traumatisme mais aussi de l'état de contraction du système musculaire au moment de l'impact. Les muscles les plus concernés sont le vaste latéral, le vaste intermédiaire et le triceps sural. Dans tous les cas l'examen clinique doit se faire dans les 48H maximum. La vérification clinique de la présence d'un hématome doit être faite.

Dans certains cas, le choc est moins direct, le muscle est indemne et c'est l'espace sous cutanée qui est lésé par décollement (épanchement de Morel-Lavalle).

Dans le cas des lésions extrinsèques, les complications sont plus fréquentes mais leurs survenues ne sont aucunement prévisibles d'un cas à l'autre. Ceci dit, il semble que celles-ci obéissent à la loi du tout ou rien. Donc, de nouveau, attention aux classifications absolues initiales.

Dans le cas de la présence d'un hématome, seul un contrôle régulier échographique permet une surveillance de l'évolution de celui-ci ; davantage encore chez les sportifs d'environ 30 ans avec une lésion de la cuisse.

Quelques cas particuliers...

- Les enfants sportifs ne sont pas des « mini-athlètes adultes » :

Les douleurs les plus fréquentes sont localisées au niveau de la cuisse. Il s'agit d'un tableau clinique trompeur et il est impératif de consulter un médecin pour rechercher une lésion de l'enfant ; une avulsion d'enthèses par exemple, qui est en réalité une des lésions les plus fréquentes. Ces avulsions doivent être recherchées au niveau des hanches, en premier lieu.

- Les lésions de « tennis-leg » qui représentent environ 20% des lésions musculaires chez les sportifs. La clinique rapporte un tableau douloureux soudain avec une sensation de jet de pierre. L'échographie faite en urgence rapporte presque systématiquement des éléments rassurants, qui vont s'avérer erroné à 15 jours ; délai moyen de décollement inter-aponévrotique. Le contrôle médical devrait être adapté à cette éventualité lorsque le bilan initial laisse suspecter une telle lésion.

Conclusions intermédiaires

Aucune classification théorique ou parole empirique ne permettent d'évaluer initialement le temps d'indisponibilité. D'ailleurs il serait intéressant de se poser la question de savoir comment chacun définit la notion de « temps d'indisponibilité ». Est-ce le temps d'absence avant reprise des entraînements ou de la compétition ? Cette question n'est qu'un exemple.

