

## PHYSIOPATHOLOGIE

Toutes les douleurs tendineuses ne sont pas identiques.

« La probabilité pour qu'un joueur du FC Barcelone souffrant du tendon d'Achilles ait le même problème qu'un autre joueur de football, loisir, âgé de 50 ans, souffrant depuis six mois est faible ».

L'histoire classique implique un début insidieux de douleur bien localisée. Après quelques mouvements d'échauffement, le sportif se sent assez bien et suit ses activités avant d'être à nouveau douloureux, en fin d'activité ou après l'arrêt de celle-ci. Progressivement, il va se plaindre de douleurs et de raideurs après des périodes d'inactivité, en dehors de toute pratique sportive.

À mesure que le temps passe, l'échauffement présente de moins en moins d'effets et la douleur persiste pendant l'exercice. Le tendon devient plus sensible, épais et douloureux à la palpation.

A mesure que l'âge passe, la structure tendineuse évolue (University of London), la résistance des fascicules tendineux à la fatigue diminue, la structure en hélice est de moins en moins évidente, la matrice inter-fasciculaire diminue et sa raideur augmente. Enfin, la résultante potentielle devient plus inflammatoire et la dégradation des fascicules tendineux augmente.

## PRISES EN CHARGE AUTRES que KINESITHERAPEUTIQUE

Un grand nombre de moyens d'intervention est discuté dans la littérature

- *Les traitements médicamenteux*

Le rôle des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) dans les tendinopathies est controversé. En l'absence de composante inflammatoire, il est probable que « leur » efficacité soit due à un effet analgésique, plutôt qu'à une action anti-inflammatoire stricte. Dans le cas de tendinopathies aiguës, la prise d'AINS est tout à fait controversée pour son effet analgésique susceptible de « permettre » au sportif de poursuivre son entraînement en risquant d'aggraver la problématique.

En ce qui concerne les tendinopathies chroniques, le rôle des AINS est incertain.

Les injections de corticostéroïdes sont fréquemment réalisées, ceci malgré le manque d'inflammation ! Ces injections posent un certain nombre de problèmes. Le principal étant le risque de rupture tendineuse; ruptures décrites en particulier au niveau du tendon d'Achilles. D'autres études ont également montré que ce type d'injection pouvait impacter négativement la résistance à la traction des tendons non rompus.

En tout état de cause, les injections de corticoïdes ne présentent pas d'intérêt mécanique au long terme (Vicenzino et al., 2017; Fujihara et al., 2018). Il existe un effet supérieur au placebo à court terme, pour le ressenti de la douleur (Cook et al., 2018).

Bisset et al. (2006) ont combiné les approches thérapeutiques d'exercices et d'injections de corticoïdes. Dans les cas des épicondyliens, cette équipe observe que l'utilisation de corticoïdes implique un taux de récurrence important de 72% contre 8% avec les exercices seuls, de 52% en cumul (exercices et corticoïdes) et 20% en cumul exercice et placebo.

- *L'utilisation de préparations de sang et de plaquettes*

L'utilisation de préparations de sang et de plaquettes autologues pour traiter les tendinopathies est devenue très populaire. Une hypothèse proposée était que ce processus puisse favoriser la régénération du collagène. Jusqu'à présent, la littérature scientifique n'a pas démontré l'efficacité de ces traitements dans les pathologies chroniques des tendons.

Il en est de même sur le rôle que pourraient jouer les cellules souches dans le traitement des lésions tendineuses. Les résultats ne sont pas encore probants.

D'autres traitements existent. Jusqu'à présent, aucun d'entre eux ne se distingue par une efficacité reproductible et significative.