

NEWSLETTER

Centre de Médecine et Traumatologie du Sport d'Ajaccio



Stratégie diagnostique

De nombreuses attitudes diagnostiques sont possibles, variables selon les cas de figure (localisation, type de tendinopathie, profil de sport, données de l'examen clinique et de d'évolution...).

L'analyse du geste technique et de la biomécanique sont indispensables afin de comprendre le mécanisme intime de cette pathologie tendineuse. Les imageries habituelles demandées sont le bilan radio couplé à l'échographie, l'IRM.

Les tendinopathies, démembrement permettant d'adapter la stratégie préventive et thérapeutique

Les tendinopathies (maladies du tendon) sont classées selon leur mode de présentation

Forme Corporéale (concerne le corps du tendon)
Enthésopathie (située sur la zone d'insertion)
Péri-tendinite (concerne également l'environnement, exemple: ténosynovite, bursite)
Tendinose (lésions étagées)

Il est possible de les classer de manière simple selon le stade évolutif

Stade 1 : douleur survenant après l'effort sans repercussion sur l'activité sportive

Stade 2 : douleur en début d'activité disparaissant après l'échauffement puis réapparaissant après l'exercice

Stade 3 : douleur pendant et après l'activité avec altération progressive des performances sportives

Stade 4 : rupture tendineuse

Il existe ou non des facteurs déclenchants et aggravants qui entretiennent une tendinopathie

Conflit os-tendon

Conflit avec matériel (chaussure, raquette...), insuffisance d'amorti, il s'agit d'une technopathie

Morphotype prédisposant (déviation des membres : genoux, pieds...)

Surcharge pondérale, alimentation déstructurée
 Modification inadaptée des **techniques d'entraînement**, sur-utilisation musculo-tendineuse

Premier niveau thérapeutique

Adaptation des pratiques sportives: repos sportif (partiel, complet) ou modifications des habitudes d'entraînement

Traitement médicamenteux: antalgiques, anti-inflammatoires. Parfois utiles au début de la tendinopathie, pas de réelle efficacité connue par la suite

Cryothérapie: glaçage régulier (10 minutes, 2 à 3 fois par jour) avec une vessie de glace ou un pack de froid en gel ré-utilisable (disponibles en pharmacie)

Physiothérapie et rééducation fonctionnelle: ultra-sons, T-care thérapie, taping (bandes posées par le kiné), massage transverse, étirements et renforcement excentrique (protocole de Stanish, exercices visant à effectuer des contraintes au tendon en freinant un mouvement)

Exercices excentriques possibles sur **dynamomètre isocinétique** (permettant un protocole de Stanish contrôlé, à vitesse constante)

Auto-rééducation: application quotidienne des exercices expliqués par le kiné

Mésothérapie: multiples petites injections superficielles en regard de la zone douloureuse

Thérapie par ondes de choc focales: 4 séances en moyenne, à une semaine d'intervalle, stimule le processus de renouvellement cellulaire, technique bien tolérée par rapport aux générations d'ondes de choc radiaires.

Deuxième niveau thérapeutique

Infiltration (s): injection d'un anesthésique et (ou) d'un corticoïde à effet retard visant à limiter le processus inflammatoire et la douleur. Ceci permet d'effectuer plus facilement une rééducation efficace. L'infiltration n'est en général pas effectuée dans le tendon mais dans son environnement.

Injection (s) de PRP (concentré plaquettaire): face à des tendinopathies rebelles, après échec des différents traitements usuels, il est parfois nécessaire de poser l'indication de l'injection de facteurs de croissance avant d'en arriver à la chirurgie.

Le principe, entrainer un processus de cicatrisation par injection dans le tendon des facteurs de croissance contenus dans le sang du patient: l'idée est de stimuler la réparation en injectant sur la zone tendineuse lésée (ou musculaire) les facteurs qui entraineront un processus d'activation de cellules réparatrices.



En pratique, il est réalisé un prélèvement sanguin, puis ce prélèvement est traité avec une centrifugeuse qui permettra de séparer le concentré plaquettaire du reste du sang. Le concentré est ensuite injecté sur la zone lésée sous guidage échographique.

Troisième niveau thérapeutique

Chirurgie: peut consister à effectuer un peignage du tendon avec ou sans correction d'un conflit éventuel

Traitements en cours de validation : injection de toxine botulique, application de dérivés nitrés...

Quelle que soit la stratégie thérapeutique adoptée, celle-ci devra toujours intégrer:

1. la correction des facteurs favorisants
2. le renforcement excentrique

Le Return to Play (RTP)

Le programme de retour terrain avec ré-athlétisation, reprise du geste technique se réalisera selon un programme pré-établi avec le médecin, le kiné et le préparateur physique.

Seule la progressivité dans la remise en route permettra de limiter le risque de récurrence, avec un entretien de souplesse et de la résistance tendineuse par des étirements adaptés et par le renforcement excentrique.