

QUELQUES BLESSURES MEMBRES INFÉRIEURS

I) Aponévrosite plantaire

Le fascia plantaire est une bande (un groupe) de tissus, un peu comme un tendon, qui se trouve sous votre pied. La bande de tissus part de votre talon et parcourt tout le dessous de votre pied. Elle relie chacun des os formant l'avant-pied (la partie avant de la plante du pied, juste avant les orteils).

Le fascia plantaire agit comme une bande de caoutchouc entre le talon et l'avant-pied, formant la voûte plantaire; si votre bande est courte, la voûte est prononcée (pieds creux), et si votre bande est longue, la voûte est peu marquée (pieds plats).

Un coussin de gras dans votre talon recouvre le fascia plantaire. Il aide à absorber les chocs quand vous marchez. Si le fascia plantaire est blessé, vous pouvez avoir mal au talon.



Causes :

Avec l'âge, le fascia plantaire ne s'étire plus aussi bien et le coussin de gras du talon s'amincit et n'absorbe plus aussi bien les chocs. Ces chocs supplémentaires peuvent endommager le fascia plantaire. Le fascia plantaire peut s'enfler, se déchirer ou un bleu peut y apparaître.

C'est une pathologie rare qui survient surtout en traumatologie du sport, lors de sports nécessitant des impulsions ou des sauts, tel que l'athlétisme, la gymnastique ou la danse.

Symptômes :

Elle se traduit par :

- une douleur brutale et violente
- une sensation de craquement au niveau de la plante du pied
- une impotence fonctionnelle majeure : le sujet ne peut pas s'appuyer sur son pied

TRAITEMENTS :

- Phase 1 : du 1^{er} jour au 21^{ème}
 - décharge complète pendant 10 jours
 - remise en charge progressive avec canne et contention
- Phase 2 : du 21^{ème} jour au 45^{ème}
 - massages avec étirements progressifs
 - stretching (étirements) en balnéothérapie

II) L'éperon calcanéen est une protubérance à l'os du talon où celui-ci s'attache au fascia plantaire

S'il y a de la douleur dans la région de la protubérance, on dit que le patient souffre du "syndrome de l'éperon calcanéen". Comme le fascia plantaire se relie à l'éperon calcanéen, il est évident pourquoi les termes "fasciite plantaire" et "éperon calcanéen" sont souvent interchangeables.

Les personnes qui passent beaucoup de temps sur leurs pieds sont sujettes à ces problèmes. L'excès de poids peut aussi aggraver la situation. L'excès de stress durant la marche, la course à pied, le saut, surtout sur des surfaces dures, ainsi que des activités telles les aérobics, la montée d'escaliers, les randonnées à pied, le volley-ball, le basket-ball et le tennis résultent souvent en une fasciite plantaire.

III) Les Ampoules

Les frictions liées à la répétition des foulées peuvent provoquer des échauffements localisés : ce sont les fameuses "ampoules".

Voyons quelques conseils pour traiter ces "bobos" bien embêtants.

- 1) percer l'ampoule avec une aiguille stérile pour en extraire le liquide
- 2) désinfecter la plaie
- 3) protéger avec un petit pansement.



Pour diminuer les risques de survenue :

- a) utiliser des chaussures adaptées à notre pied (pointure, chaussures usées/neuves...)
- b) revêtir des chaussettes en coton ou "spéciales course"
- 3) protéger avec un sparadrap les zones les plus exposées.

Sinon patience ! Plus nous courons, plus notre peau s'endurcit, plus le risque d'ampoule se réduit.

IV) L'ongle noir

Il provient d'un frottement intempestif ayant provoqué un échauffement. En général indolore, l'ongle doit être coupé court pour éviter toute gêne. En prévention vérifiez que votre chaussure ne soit pas trop juste ou mal lacée.



V) Qu'est ce que la pubalgie ?

La pubalgie est une affection douloureuse du pubis (symphise pubienne) et des muscles ou tendons avoisinants.

Elle se développe lorsqu' il y a un surmenage sportif entraînant des microtraumatismes répétés ou des contraintes trop importantes au niveau des différents muscles impliqués : les muscles abdominaux et les adducteurs .

La pubalgie est un syndrome douloureux du carrefour pubien qui recouvre plusieurs affections :

- l'ostéo-arthropathie pubienne
- le tendinites d'insertion des adducteurs.

- la pathologie pariétale abdominale

Quand nous courons , il y a un déséquilibre entre le côté du corps où le pied est en appui et celui où le pied est relevé ou en position intermédiaire.

La symphise pubienne étant un carrefour important entre les puissants muscles adducteurs et abdominaux , durant l'appui monopodal (un pied) pendant la course , des contraintes majeures créent un cisaillement au niveau du pubis .

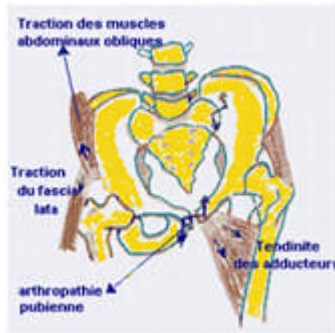
Ces contraintes peuvent être favorisées par un déséquilibre entre les forces musculaires des adducteurs et des muscles abdominaux obliques

Le signe majeur de la pubalgie est la douleur .

Cette douleur peut être aussi le signe directement d'une ostéo-arthropathie de la symphise pubienne qui correspond à une arthrite due à des micro-traumatismes répétées au niveau du pubis comme chez le footballeur.

On distingue donc trois causes de pubalgie :

- La maladie des adducteurs ou tendinites des adducteurs de la cuisse
 - L'ostéo-arthropathie pubienne qui est une arthrite du pubis .
- La pathologie de la paroi abdominale (la sangle abdominale ou les fameux abdominaux



Facteurs de conflits pelviens

- arthropathie pubienne
- tendinite des adducteurs
- traction des muscles abdominaux et du tenseur du fascia lata

Comment éviter l'apparition de la pubalgie ?

Il faut prévenir l'apparition de la pubalgie surtout chez le footballeur et le coureur en équilibrant le corps.

- si une jambe est plus courte que l'autre , on portera une semelle orthopédique.
- en dehors de la phase douloureuse , il faudra équilibrer les forces musculaires en présence en ayant une bonne musculature abdominale ("tablette de chocolat") souvent déficiente par rapport aux adducteurs des cuisses hypertrophiés chez le footballeur ou le coureur.
- il faudra essayer le plus possible de lutter contre l'hyper-lordose lombaire (colonne lombaire trop cambrée) par des séances de natation sur le dos , abdominaux contractés le plus souvent , et en musclant les gouttières vertébrales (muscles situés de part et d'autre de la colonne vertébrale) . Les footings se feront toujours hors des routes goudronnées mais sur des terrains souples (stades) pour éviter les micro-ondes de chocs sur la symphise pubienne.

La rééducation

Elle doit être indolore et ne débute qu'après un mois de repos sportif complet.

Elle va associer des étirements des adducteurs et des et un renforcement des obliques et de la sangle abdominale. psoas

VI) L'entorse bénigne du genou

Elle correspond à une simple distension d'un ligament; ce n'est pas grave mais elle entraîne toujours des douleurs et une gêne articulaire parfois durable. Cette douleur est caractéristique, en deux temps, syncopale lors de la torsion, puis cède pour revenir ensuite, souvent un gonflement local.

Il ne faut pas :

Masser l'articulation

Sous-estimer la lésion (ce qui semble bénin au début peut s'avérer plus grave ensuite)

Faire des manipulations ou des gestes de reboutement.

Les conseils :

Application locale d'une poche de glace, ou de froid sous forme de bombe en faisant attention à ne pas provoquer de gelures sur la peau.

Mise en place d'une contention souple afin de ménager l'articulation et de réduire l'amplitude des mouvements, en particulier ceux causés par l'entorse.

Cette contention devra être posée avec beaucoup de soin en prévenant le patient que toute douleur survenant à cause d'elle nécessitera son ablation.

Mise au repos de l'articulation atteinte pendant la période douloureuse, en utilisant éventuellement pour le membre inférieur des cannes anglaises afin de mettre l'articulation en décharge.

Application de dispositifs anti-inflammatoires locaux sur la région oedématiée.

Prescription d'antalgiques et de veinotropes dès le début.

Reprise progressive de l'activité physique et notamment de l'appui dès la cessation des phénomènes douloureux.

Dans un deuxième temps, exercices de proprioception de l'articulation atteinte.

Ce traitement est appliqué jusqu'à la consultation au cabinet médical, qui se fera le plus rapidement possible.

ATTENTION :

Il n'y a pas plus trompeur sur la gravité et le pronostic qu'une entorse. Les radiographies et les examens complémentaires sont souvent nécessaires.

VII) Les déchirures Méniscales

INTRODUCTION

Comme nous l'avons déjà vu , les ménisques sont des structures fibrocartilagineuses intra articulaires en forme de croissant , triangulaires à la coupe , et qui ont un rôle de cale , de stabilisation du genou et d'amortisseurs .

Il faudra différencier les lésions méniscales survenant chez des patients jeunes , sportifs , sans antécédants de pathologie du genou , et les lésions méniscales survenant chez des personnes d'âge mûr , sans notion de traumatisme évident .

1) Cas du sujet jeune

Il s'agit par exemple d'un sujet sportif qui a ressenti lors d'un mouvement forcé une douleur vive au niveau du genou et dont l'articulation reste bloquée en demi-flexion , le cas le plus typique étant de se relever d'une position accroupie avec pivot sur soi-même . Ces lésions méniscales touchent 9 fois sur 10 le ménisque interne du genou , et consistent en une fissuration longitudinale du ménisque , séparant le cartilage en deux et libérant une " anse de seau " interne qui peut se luxer dans l'espace intercondylien en passant sous le condyle interne , ou en une rupture du ménisque qui atteint le plus souvent la partie moyenne ou postérieure du ménisque .



Sur le plan clinique, à la douleur s'associe donc *un gonflement de l'articulation*, avec blocage du genou en flexion (impossibilité d'étendre la jambe), ce blocage complet du genou étant l'expression d'une déchirure complète du ménisque interne venant s'interposer au milieu de l'articulation et ne permettant plus l'extension complète.



Genou valgum



Genou Varum