

Zeitschrift: Jeunesse et sport : revue d'éducation physique de l'École fédérale de gymnastique et de sport Macolin

Herausgeber: École fédérale de gymnastique et de sport Macolin

Band: 34 (1977)

Heft: 5

Rubrik: Ailleurs

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

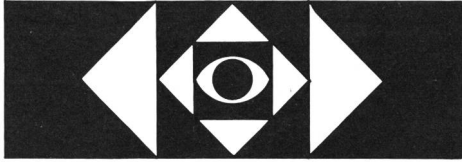
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 08.02.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>



Les accidents musculaires du sportif

La survenue d'un accident musculaire peut, selon sa gravité, donner un coup d'arrêt, stopper même à long terme une carrière souvent prometteuse.

Trois éventualités peuvent se présenter: l'élongation, le claquage, la rupture musculaire.

Un diagnostic précoce et précis, un traitement adapté, conditionnent le devenir d'un joueur de haut niveau blessé. Le médecin du Sport et le rééducateur jouent un rôle essentiel dans la réhabilitation de ce muscle lésé.

Je ne propose donc de donner, dans ces quelques lignes, un schéma thérapeutique correspondant à chacune de ces trois éventualités cliniques.

On rencontre deux groupes d'accidents musculaires:

Les accidents musculaires sans lésion anatomique

Il s'agit-là d'un simple dépassement des propriétés physiologiques du muscle:

- Dans la contracture, excès de travail, accumulation locale d'acide lactique,
- Dans l'élongation, allongement brutal, dépassement des limites d'élasticité du muscle. Dans ce cas, le tableau peut évoquer une déchirure anatomique du muscle: c'est-à-dire l'importance des circonstances de survenue d'un examen clinique précis.

Les accidents musculaires avec lésion anatomique

Deux tableaux essentiels seront étudiés:

- le claquage et la déchirure
- la rupture

Il s'agit toujours du même processus anatomique: la déchirure isolée de quelques fibres, d'un faisceau de fibres, la rupture totale du muscle. Le pronostic à moyen terme dépend de l'évolution de l'hématome intra-musculaire.

Circonstances de survenue - Facteurs favorisants

Cette traumatologie musculaire présente une originalité tant dans les circonstances de survenue que dans les facteurs favorisants.

1. Les circonstances de survenue

Il s'agit parfois de traumatisme externe par choc direct (contact, placage). Mais le plus souvent, par traumatisme indirect, le muscle crée sa propre lésion, en contraction ou en étirement exagéré.

2. Les facteurs favorisants

Le morphotype «bréviline très musclé» est classiquement décrit dans les accidents musculaires - sprinters et sauteurs sont plus fréquemment victimes de claquages que les coureurs de demi-fond.

Sur le plan biomécanique, l'accident survient toujours sur des muscles polyarticulaires mis

en tension brutalement, contractés sur un segment de membre en asynchronisme articulaire. C'est le cas du claquage du quadriceps chez le footballeur lors du shoot, les deux fonctions du droit antérieur, flexion de cuisse et extension de jambe étant mises à contribution simultanément, en fin de shoot.

C'est aussi le cas du claquage des ischio-jambiers et du quadriceps chez le sprinter, au départ, par passage d'une position accroupie, genou et hanche étendus. Il y a relâchement, puis contraction brutale du quadriceps et des ischio-jambiers.

Le froid, l'humidité, sont souvent en cause dans la survenue des claquages.

La mauvaise conduite de l'entraînement (par défaut ou excès), l'insuffisance de l'échauffement, la fatigue, sont fréquemment retrouvés. La plupart de ces accidents musculaires surviennent soit au début d'un échauffement insuffisant, soit en fin de match, (lorsque les muscles sont saturés, fatigués).

L'âge avancé des sujets peut être un facteur favorisante, de même que le non respect d'une diététique saine et équilibrée (excès de viandes, sauces, boissons alcoolisées...).

Dans notre région les sports les plus fréquemment touchés sont: l'athlétisme (sprint, saut) 25 pour cent, le rugby 25 pour cent, le football 15 pour cent.

Principaux tableaux cliniques et rôle du médecin du sport

1. L'élongation

Les circonstances de survenue sont simples: au cours d'un effort intense (de course, de saut), survient une douleur vive, soudaine, entraînant une impotence fonctionnelle mineure (le sportif peut terminer son effort, son match, mais sur un rythme plus lent, en boitillant). L'examen confirme le diagnostic d'élongation: la douleur cède au repos, augmente à la mobilisation active simple ou contre-résistance de la jambe qui reste possible dans tous les cas. Le muscle est contracturé sur toute sa longueur, la palpation réveille la douleur; il n'y a ni tuméfaction, ni ecchymose.

L'évolution est simple, toujours favorable si le sujet respecte le délai d'interruption des activités sportives de 5 à 10 jours.

Si le sujet n'arrête pas le sport, l'élongation peut évoluer vers la déchirure avec ses conséquences: cicatrice fibreuse et douleurs.

Le Médecin du Sport et le rééducateur ont un rôle important à jouer: il faut redonner au muscle ses propriétés physiologiques en favorisant sa vascularisation. L'arrêt du sport avec mise au repos du muscle pendant 5 à 10 jours est indispensable.

Parmi les moyens thérapeutiques, la chaleur sous toutes ses formes (ondes courtes, basses fréquences, infra-rouges, fangothérapie) et les massages doux, progressifs, sont utilisés pour leur action décontractante. Commencés dès le 3^e jour en l'absence d'ecchymose (qui signifierait une déchirure), ils associent toujours

un effleurage à des pressions glissées, des ébranlements, enfin un pétrissage profond intensifié dès le 6^e jour. Dès que douleur et contracture ont cédé, la reprise des activités sportives est possible, le sujet respectant les consignes d'échauffement progressif; les accélérations brutales doivent être évitées pendant 8 à 10 jours.

L'élongation est donc un accident musculaire simple, d'évolution favorable, sans séquelle, à condition que le sujet respecte repos et décontraction musculaire.

2. La déchirure musculaire (ou claquage)

C'est une lésion anatomique du muscle, relevant d'un traitement physique précoce, établi sur un diagnostic de gravité précis, simple claquage, grosse déchirure, ou rupture partielle du muscle, les circonstances de survenue sont identiques: au cours d'un match, d'un sprint, d'un saut, le sujet est brutalement stoppé dans son effort par une douleur violente, syncopale parfois, persistant au repos, devenant rapidement sourde, lancinante. L'importance fonctionnelle est d'emblée majeure, totale: le sportif arrête l'effort, le match.

L'examen apporte la clef du diagnostic. Le sujet vu précocement, boite, souffre. Sur le plan du lit, la mobilisation active locale est difficile, souvent impossible. La palpation, réalisée, avec délicatesse, objective un point douloureux électif, associé à une contracture réactionnelle du muscle lésé. L'encoche ou l'ecchymose, dans la déchirure «fraîche», le nodule cicatriciel dans les déchirures vieilles affirment le diagnostic. L'ecchymose et la tuméfaction nodulaire parfois fluctuante, signalent l'hématome qui se draine fréquemment le long des aponévroses et des gaines tendineuses, l'ecchymose apparaissant alors à distance de la lésion.

Les principales localisations de ces claquages sont:

- la cuisse (quadriceps, ischio-jambiers et adducteurs)
- le mollet

L'évolution de ces déchirures ou claquages est liée au devenir de l'hématome. Celui-ci se résorbe lentement, s'organisant en cicatrice fibreuse, véritable noyau, palpable en pinçant le muscle entre pouce et index. Cette cicatrice fibreuse restera toujours une zone de faiblesse pour le muscle. Dans quelques cas, par négligence ou par massages intempestifs, l'hématome s'enkyste ou se calcifie nécessitant une intervention chirurgicale.

Le rôle du médecin du sport et du rééducateur: le claquage musculaire n'évolue pas spontanément vers la guérison. Il demande un traitement précoce, efficace, évitant au sportif les désagréments d'une récurrence ou de la rupture totale du muscle.

Dans un premier temps: il faut imposer un repos complet que le blessé doit accepter (brandir le spectre de la rupture). La lutte contre l'œdème et l'hématome nécessite l'utilisation

de glace (1 h. à 2 h. par jour), ionisations de Thiomucase (1 séance par jour), bandages compressifs (élastoplaste), physio-thérapie quotidienne par courants diadynamiques de Bernard (pendant 8 à 10 jours), divers anti-inflammatoires, myorelaxants et décontracturants sont conseillés par voie orale.

A la phase aiguë, les massages sont strictement contre-indiqués, de même sur les infiltrations locales, car le risque de nouveau saignement est grand, et l'évolution vers la calcification ou l'ossification hypothèque la suite de la carrière sportive.

Au 8e-15e jour, lorsque le noyau fibreux est organisé, la physiothérapie et les massages prennent une part importante dans la réadaptation du muscle lésé. Ondes courtes et courants de Bernard sont utilisés localement pour leurs effets cicatrisants, antalgiques, anti-inflammatoires et décontracturants. Les massages doux, défibrosants, auront pour but, au début, de mobiliser transversalement les aponévroses sans étirer les fibres (massage global transversal). Un pétrissage longitudinal redonnera au muscle sa souplesse, la persistance d'un noyau fibreux, cicatriciel nécessite un massage digital punctiforme. La douleur disparaît, l'ecchymose s'estompe, l'hématome se résorbe.

Dans un troisième temps avant la reprise des activités sportives, des exercices de mobilisation active en course interne (insertions rapprochées) seront mis en train; puis, une tonification des muscles lésés (en course externe) durant 5 à 10 jours, corrigera l'emyotrophie résiduelle.

La reprise de activités sportives, enfin, sera basée sur des efforts modérés et prolongés, avec un échauffement global minutieux, excluant toute accélération brutale pendant 8 à 10 jours.

Les résultats seront jugés sur la disparition des signes cliniques, sur la reprise des activités sportives, sur le retour au niveau antérieur de performance et sur la possibilité de progression. Si le sportif respecte ces règles, la guérison est totale avec une durée d'interruption de sport de 20 jours à 2 mois. Une reprise trop rapide des activités sportives expose à la récurrence, aux ruptures, aux cicatrices fibreuses, aux douleurs résiduelles.

3. Les ruptures musculaires

C'est le stade le plus grave des déchirures musculaires: le corps charnu du muscle est rétracté formant une véritable «tumeur» au-dessus de l'encoche qui traduit la rupture.

Diagnostiquées précocement, ces ruptures relèvent exclusivement de la chirurgie: la suture «bout à bout» ou sur une aponévrose voisine est souvent possible après ablation de l'hématome et du tissu inflammatoire.

Vues tardivement, au stade de rétraction et de fibrose cicatricielle, l'indication opératoire peut être discutée, mais les chances de restitution intégrale sont incertaines (le muscle reste contracté et amyotrophie).

Après 4 à 5 semaines d'immobilisation, ces ruptures opérées relèvent de la rééducation et sont traitées comme une déchirure.

Dans un premier temps: repos, glace, physiothérapie (dès la 2e semaine d'immobilisation); puis de la 6e semaine au 3e mois, massage, mobilisation active, remusculation. Enfin, reprise progressive des activités sportives et, après un délai d'interruption variant de 3 mois à 6 mois. 50 pour cent seulement des sportifs victimes de ruptures musculaires reprennent le sport de compétition sans séquelle.

Les accidents musculaires prennent aujourd'hui une place importante dans la traumatologie du sport de compétition et de loisir. Un diagnostic précis permet de différencier: élongation, claquage et rupture musculaire. Si l'élongation guérit facilement, le claquage, la déchirure partielle ou totale par leur gravité, rompent l'équilibre physique et psychique de l'athlète, remettant en question son avenir sportif, à court terme en l'éloignant de la compé-

tion, et à long terme, en l'exposant à la récurrence, aux séquelles douloureuses et cicatricielles.

Le médecin du sport devant de tels accidents, doit agir avec rigueur: l'arrêt d'activité sportive est essentiel; il faut l'imposer. Une réadaptation et un réentraînement progressif à l'effort doivent précéder la reprise de la compétition.

Pour mener à bien cette réhabilitation du sportif, en collaboration avec le chirurgien, dans les cas de rupture, le médecin du sport doit s'assurer la participation de l'athlète, la compréhension et l'honnêteté de l'entraîneur, toujours désireux de faire reprendre au plus tôt le sport.

Mieux vaut prévenir que guérir! En conduisant de façon rigoureuse l'entraînement (cycle annuel équilibré, échauffement prolongé systématique), en contrôlant régulièrement la condition physique des sujets (éviter un «surentraînement», source de fatigue), le rééducateur et le médecin du sport, en symbiose avec les entraîneurs sportifs, peuvent diminuer la fréquence de ces accidents qui hypothèquent parfois définitivement une carrière sportive.

par le Dr Ch. Benezis
«L'Indépendant, Perpignan»

Le centre de médecine sportive de l'hôpital Edouard-Herriot

Il y a trois ans, un tennisman classé, ancien entraîneur national de volleyball et médecin régional de la Jeunesse et des Sports, le Dr Jean Genety, a regroupé autour de lui neuf médecins de formation différente pour la création d'un centre de médecine du sport à Lyon.

Le centre est dirigé par le professeur René Guillet, sportif lui aussi: ancien champion de France universitaire d'athlétisme, M. Guillet fut membre de la délégation médicale française aux Jeux olympiques de Tokyo.

Ainsi, la médecine sportive, dernière née des disciplines médicales, a pris à Lyon une dimension nationale. Installé au pavillon de l'hôpital Edouard-Herriot, le centre du Dr Genety a la particularité — unique en France — de dispenser aux sportifs des soins de tous ordres, médicaux et chirurgicaux, et d'assurer également l'entraînement et la surveillance. A cela, les activités du docteur Tayac, collaborateur de M. Genety, apportent une orientation encore rare dans la médecine hospitalière: l'acupuncture et l'auriculothérapie.

Chaque année, le centre de médecine du sport de Lyon accueille entre trois et quatre mille sportifs traumatisés ou tout simplement des sportifs — de haute compétition ou des vétérans — qui veulent un bilan. Pour 63 francs (remboursé par la Sécurité sociale) on peut se faire faire un examen clinique, deux électrocardiogrammes (un pendant le repos, l'autre pendant l'effort) et un test dit «de bicyclette». Car pour l'équipe du Dr Genety, il est aussi important de soigner que de bien entraîner. Beaucoup d'accidents proviennent d'erreurs

dans les méthodes d'entraînement. A Edouard-Herriot, on met les sportifs en garde contre certaines formes de doping, on leur apprend à bien utiliser leur matériel, on mesure les limites de leurs capacités physiques.

Et quand survient un accident, le sportif, malade est entièrement pris en charge: s'il le faut le «patron» délègue ses pouvoirs à des chirurgiens spécialisés, l'un pour les membres supérieurs, l'autre pour les membres inférieurs etc. (65 pour cent des sportifs traumatisés, le sont au genou.)

A côté de l'exercice traditionnel de la médecine et de la chirurgie, le centre se consacre à la recherche, souvent en liaison avec les chercheurs de l'I.N.S.A. L'équipe du Dr Genety arrive actuellement à la fin de ses travaux consacrés à la détection d'anabolisants en matière de dopings. Le Dr Tayac — également médecin de la Jeunesse et des Sports — a entrepris des recherches en acupuncture. Il essaie de découvrir notamment dans quelle mesure l'acupuncture peut calmer la douleur. Spécialisé en auriculothérapie (piqûres dans l'oreille), le Dr Tayac soigne les fumeurs qui veulent s'arrêter: le départ de ses consultations «anti-tabac» s'est effectué sur la pointe des pieds, il y a trois ans. Maintenant, ce traitement (39 francs la consultation) attire trop de «patients», peut-être parce qu'il garantit une guérison avec un gros pourcentage de réussite. Dans un autre domaine — le claquage musculaire — les recherches du centre lyonnais ont permis d'utiliser une méthode sûre de détection: la thermographie. Pour différentes raisons, des sportifs peuvent mimer une blessure musculaire sans que le médecin s'en aperçoive. Avec la thermographie — système de photographie en couleur — qui enregistre la chaleur dégagée par les organes photographiés, le claquage musculaire réel apparaît en évidence. L'appareil est peu coûteux, mais il n'y en a qu'une vingtaine en France, et ils n'ont jamais été utilisés pour ce type de diagnostic.

A l'heure actuelle, le centre de médecine du sport de Lyon est une équipe de référence pour les spécialistes. Il est plus complet que l'Institut national des sports à Paris, qui ne fait pas de chirurgie et qui surtout, n'est pas rattaché aux hôpitaux. Ce dernier avantage permet en effet la presque totale gratuité des soins, et la collaboration du personnel hospitalier infirmières, externes...

A Lyon, en développant la médecine sportive, on s'aperçoit particulièrement du retard qu'elle a pris par rapport aux autres spécialités. Un retard qui a de nombreuses causes: il n'y a pas de professeur en médecine sportive, le certificat d'études spéciales (C.E.S.) ne dure qu'un an au lieu des trois ans traditionnels, le recyclage des médecins mal organisés dans ce domaine. De tradition, cette médecine était occasionnellement — une médecine de terrain — et il faut forcer bien des obstacles pour qu'elle pénètre à l'hôpital par la grande porte.

Brigitte Vital-Durand