

Physiothérapie aux Jeux Olympiques*

*par le docteur Kevin O'Flanagan,
membre du CIO pour l'Irlande*

La plupart des programmes sportifs sérieux font aujourd'hui l'objet d'un réel effort pour que les jeunes qui le désirent aient la possibilité de s'y associer. Ceci est vrai pour tous nos pays.

Les organisations médicales compétentes ont pris conscience, non seulement de l'extrême augmentation de l'importance du trauma par rapport à la perte d'économie biologique, l'état maladif et la mortalité, mais aussi de l'envergure prise par la médecine sportive. Les mêmes préceptes, qui contribuent à rendre la médecine sportive irremplaçable, concourent aussi au développement de méthodes de prévention, de diagnostics et de traitements qui peuvent être et ont été appliqués dans des cas étrangers au sport.

On a assiste à un courant d'appréciation, pour ne pas dire de revalorisation du traitement médical des jeunes athlètes, et un très grand pas a été fait dans l'étude scientifique des conditions ostéo-musculaires relatives aux sports.

Dans ce court article, je me concentrerai sur les lésions des tissus souples et les types de lésions en traitement ainsi que sur la prévention. Puisqu'on ne doit pas négliger le côté orthopédique, c'est en médecin que je m'adresserai à vous du point de vue de la physiothérapie. Certaines conclusions ont bien sûr tendance à se recouvrir, aussi, à la fin de cet exposé, pourrions-nous consacrer quelques instants à la discussion car de nouveaux programmes se présentent sans cesse, apportant des idées nouvelles susceptibles de faire naître des découvertes sensationnelles dans le traitement, la mise en forme et la prévention.

C'est un fait reconnu pour nous tous que les méthodes changent mais que les principes généraux restent remarquablement constants. La blessure chez l'athlète est reconnue, par ceux d'entre nous qui sont concernés, comme un cas très particulier



dans lequel nous, médecins, pouvons rendre un service irremplaçable. En fait, nous devons parfois faire des miracles. ou tout au moins on s'attend à ce que nous en fassions, et en premier lieu l'athlète lui-même, ainsi que le grand public dont on a vu largement s'éveiller l'intérêt. Nombre d'entre-nous sont constamment sollicités par des groupes qui s'intéressent à cette question, pour faire des conférences et des exposés. Les journaux, évidemment, exploitent les accidents des vedettes du sport, surtout au moment des Jeux Olympiques.

Peut-être est-il temps de dire que, en dehors du milieu sportif, on s'est peu préoccupé de la mise en forme ou de la prévention des blessures.

Mon expérience est, qu'en dernière analyse, le public profane et même la majorité des membres de la profession médicale ont une idée assez superficielle du véritable processus de la blessure elle-même.

L'activité sportive comporte le risque de blessure, surtout au niveau élevé de la compétition, lorsque l'effort et la tension sont à leur maximum, mais le bénéfice qui en résulte l'emporte largement sur le risque encouru car l'athlète développe ainsi un corps plus sain, plus fort, plus discipliné que s'il était resté en dehors de la compétition. En outre, il y a le défi, si stimulant en soi, qui apporte l'énergie et la vigueur, éléments essentiels pour le travail et le jeu.

Il n'y a donc qu'une seule objection au programme sportif, c'est la blessure physique et il est de notre devoir d'en accepter l'éventualité et d'être capable d'y faire face immédiatement.

* Conférence donnée lors du IIIe congrès international de l'Association Internationale des Médecins Olympiques à Salsomaggiore (Italie).

Le diagnostique

La question primordiale, dans le traitement des blessures sportives, c'est la détection précoce, non seulement de la nature de la blessure mais aussi de son ampleur. Le meilleur moment pour examiner la blessure d'un athlète se situe le plus tôt possible après l'accident.

Une évaluation précise, à ce stade, est de la première importance et la prompt application d'un traitement approprié aura souvent pour résultat une guérison rapide. L'habitude pour les entraîneurs d'envelopper la partie blessée dans de la glace, reportant au lendemain l'examen médical, est déplorable. Le médecin doit voir la blessure le plus tôt possible. J'insiste tout particulièrement sur ce point car cette tendance à attendre se traduit pour l'athlète blessé par un malaise, une souffrance et même une nuit blanche. Dans tous les cas de blessures, sauf les plus légères, il y a épanchement de sang et de sérum, ce qui provoque douleur et enflure, d'où la nécessité d'intervenir rapidement pour les faire s'écouler, mais ceci est l'affaire d'un praticien averti et non celle d'un novice.

Quand le traitement a été décidé, il doit être poursuivi avec confiance car tout délai fait souvent la différence entre le succès et l'échec, comme je l'ai dit précédemment. Dans tous les cas de blessures notre but doit être la guérison totale et, de fait, je vise à obtenir 105% de résultats positifs.

Du point de vue de la prévention des blessures, plus l'individu est entraîné moins il risque de souffrir de blessures; c'est pourquoi l'entraînement et la mise en forme sont essentiels et un avis médical autorisé s'avère indispensable sur tous les aspects de la santé physique nécessaire aux performances du plus haut niveau.

La pathologie

La pathologie des blessures sportives ne diffère en rien de celle des blessures reçues en d'autres milieux et leur traitement devrait être régi par les mêmes principes de base.

C'est l'un des principes fondamentaux de la pathologie que, lorsqu'une structure est endommagée, la nature essaie de la réparer aussi parfaitement que possible mais la différence des tissus et l'incapacité des cellules de certaines parties du corps à se

régénérer lorsqu'elles sont détruites conduisent souvent à l'échec. Dans la plupart des cas, la meilleure réparation que l'on puisse espérer, c'est la formation d'un tissu de cicatrisation fibreux, souple et élastique.

Les lésions sont les résultats des phénomènes suivants:

1. Le trauma direct.
2. Le trauma indirect.
3. La fatigue professionnelle et orthostatique — par exemple un mauvais dynamisme corporel. Il y a des causes subsidiaires telles que la chaleur, le froid, les courants d'air.
4. Les variations vasculaires qui peuvent elles-mêmes résulter d'une lésion, les troubles vasomoteurs et l'occlusion d'un vaisseau, thrombus ou embolus.
5. Les causes infectieuses: bactéries et virus.

Dans tous les cas de blessures, il se produit un épanchement traumatique. Sa forme varie suivant que les vaisseaux sanguins sont déchirés au moment de l'accident ou qu'il y a simple exsudation ou transsudation à travers les parois du vaisseau. Le contenu de ces épanchements peut entraîner des variations dans les tissus fibreux si une réabsorption normale ne se fait pas.

L'épanchement traumatique est produit par:

1. Une accumulation excessive de fluide dans les interstices des tissus, conséquence directe d'une plus grande imperméabilité des vaisseaux intacts.
2. La rupture de vaisseaux sanguins, veine ou artère, d'une importance proportionnelle à la taille du vaisseau déchiré — en d'autres termes, une hémorragie.
3. Dans les lésions des articulations, il peut y avoir excès de sécrétion synoviale due à une augmentation de la formation du liquide synovial. Cette sécrétion peut servir d'agent protecteur pour les surfaces de l'articulation mais, excessive, elle peut entraîner un relâchement de l'articulation, car elle a pour effet d'étirer les ligaments capsulaires. Si les muscles qui l'entourent s'atrophient, l'articulation peut devenir encore plus instable. Quand des structures telles que ligaments, tendons, ou membrane synoviale sont déchirées, elles sont remplacées par du tissu fibreux qui se forme en réponse aux substances émises par les tissus lésés. L'excès de tissu fibreux est plus tard absorbé.



L'auteur, le docteur O'Flanagan (à g.) en compagnie du Président du CIO, Lord Killanin, ayant à sa droite Gerard Sinnott et à sa gauche Eamonn Coghlan, deux des meilleurs sportifs irlandais.

Pour résumer la pathologie et sans approfondir les réactions biochimiques, car c'est le côté pratique qui nous concerne, je dirai :

1. Une lésion directe peut entraîner un changement dans les tissus, à des degrés différents: de la contusion légère et la meurtrissure jusqu'à la destruction totale des tissus. Elle peut aussi déchirer les vaisseaux sanguins et provoquer un important épanchement de sang et de plasma.
2. Les lésions indirectes causent d'un côté le déchirement des tissus et du côté opposé la compression et la meurtrissure du tissu. Des vaisseaux peuvent être déchirés et l'hémorragie qui en résulte s'ajoute à la masse de l'épanchement.
3. La fatigue professionnelle a une pathologie qui lui est propre et est un facteur prédisposant souvent à des lésions graves à partir d'un trauma relativement mineur, par exemple: pied plat.
4. Toute interférence avec la circulation peut être une cause contribuant à la lésion.

En ce qui concerne les tissus souples, les lésions des muscles et des tendons sont les plus courantes. On peut les classer comme suit:

- a) Contusions superficielles ou profondes.
- b) Claquage de muscle ou de tendon.
- c) Rupture de quelques fibres.
- d) Rupture partielle de muscle ou de tendon.
- e) Rupture totale de muscle ou de tendon.
- f) Insertion avec fragment d'os.
- g) Ténosite ou ténovaginite aiguë.

Une lésion peut se produire en n'importe quel point de la longueur du muscle, surtout s'il est soumis directement au choc. Le trauma indirect aussi peut concerner n'importe quel point du muscle ou du tendon. Cependant, les entorses et les claquages sont les plus communs soit au tendon d'origine ou insertion, à la jonction musculo-tendineuse, soit au point où le tendon change de direction dans son parcours.

Dans les contusions, le degré d'altération dépend de la force de l'impact. S'il est très

fort il peut entraîner la destruction totale des fibres musculaires. Il y a presque toujours formation d'hématome. Lorsque le tendon est concerné, du liquide s'accumule entre le tendon et sa gaine et une ténovaginite aiguë se déclare, accompagnée de douleur et de crépitements dans le mouvement.

Si un hématome profond se développe, il y a deux approches possibles: la première est relativement conservatrice, la seconde qui doit parfois être plus drastique, consiste à tenter de localiser le point de saignement et à le traiter par ligature ou enveloppement; mais cette méthode peut condamner l'athlète à deux semaines d'inactivité.

Dans le cas d'un large et dur hématome, il m'arrive souvent, et d'une manière conservatrice, de pratiquer une petite incision pour drainer l'hématome, suivie d'un traitement de physiothérapie visant à expulser doucement le sang, accompagné de légers massages des muscles avoisinants.

La méthode la plus drastique est réservée à l'athlète professionnel, surtout lorsqu'il y a saignement de la large surface des muscles de la cuisse, accompagné de déchirement des vaisseaux périostiques et sub-périostiques du corps du fémur. Si l'hématome est superficiel, on peut l'aspirer et souvent l'injection d'une solution d'urée et d'acide salicyclique facilite l'absorption et la diffusion.

Dans le cas de contusion musculaire près de la surface osseuse, il faut toujours craindre la myosite ossifiante, par exemple à l'articulation du coude. Dans le cas de claquage du muscle et de rupture de quelques fibres, le traitement est le même. Le muscle blessé doit être protégé, soutenu et maintenu au repos. A cet effet, j'ai souvent recours à un emplâtre adhésif imperméable; le patient continue son traitement à la glace à domicile, accompagné de physiothérapie.

La rupture partielle d'un muscle requiert un traitement intensif: injections ou pilules par voie orale. Une physiothérapie quotidienne est indispensable, accompagnée d'un traitement à la glace, à domicile, ainsi que d'exercices isométriques et isotoniques.

Certains muscles comme les tendons du jarret sont connus pour se relâcher et, dans de tels cas, il est de la première importance d'obtenir une élasticité totale en fin de traitement. Dans ces cas précis, l'élasticité est la clef du succès. Si on ne l'obtient pas, une manipulation sous anesthésie générale

peut s'avérer nécessaire. Certains chirurgiens préconisent l'injection de procaine dans les claquages de muscles et encouragent le patient à faire, sans attendre, des exercices d'haltères et même à courir. Une telle méthode peut réussir de temps à autre mais il arrive souvent que le muscle claque à nouveau et la guérison est retardée; il se peut même que le patient souffre d'une détérioration permanente. Je mentionne ceci car la plupart d'entre nous ont eu des succès et des échecs avec cette méthode. En cas de rupture totale du muscle, une suture est parfois nécessaire.

Dans les cas d'inflammation du tendon d'Achille, on ne recommande plus les injections d'hydrocortisone car elles prédisposent le tendon à la rupture complète, ce qui nécessite une opération de suture. Cependant, mes cas d'inflammation du tendon d'Achille sont soulagés par de la cocaïne soigneusement injectée dans la gaine du tendon.

Dans les cas graves ou le tendon est arraché de l'os, le traitement chirurgical est le plus efficace. La meilleure façon de soigner une inflammation du tendon consiste dans l'application d'un pansement de soutien, le repos, la physiothérapie et un traitement à domicile; elle devrait ainsi s'améliorer en quelques jours, mais, dans les cas aigus, l'hydrocortisone peut être nécessaire. Cependant, si une ténovaginite se déclare, il peut être préférable de libérer le tendon en le dégageant et de pratiquer une incision de l'enveloppe.

Je crois qu'il est extrêmement important que chaque cas soit soumis aux soins autorisés d'un spécialiste en somatologie capable d'estimer les progrès du patient sans se fier aveuglément à ce que dit le physiothérapeute. De nombreux physiothérapeutes ont tendance, aujourd'hui, à se montrer très dogmatiques en ce qui concerne la façon dont le patient doit être soigné, et ceci, sans avoir une connaissance très poussée de la pathologie fondamentale non plus que la clairvoyance clinique nécessaires. Cependant, il nous faut reconnaître que les Compétences des physiothérapeutes se sont Considérablement améliorées. Mais, permettez-moi de le répéter, il y a encore une bonne et une mauvaise physiothérapie, et tout dépend de l'intérêt que le thérapeute porte aux blessures sportives.

K. O'F.

