

L'épiphysiolyse (décollement de l'épiphyse supérieure du fémur) du jeune Lanceur

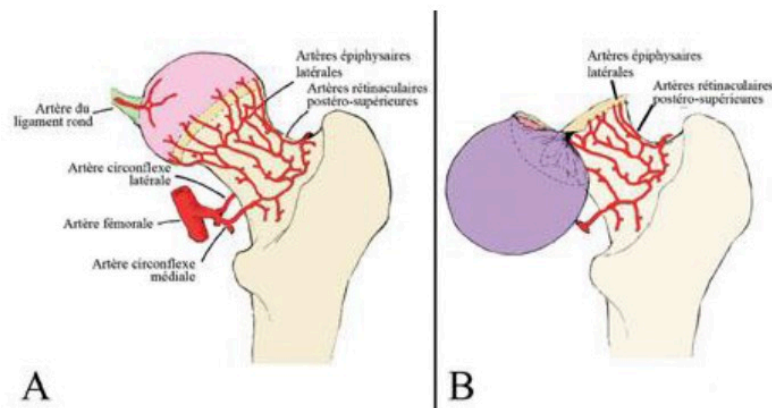


Schéma A : vascularisation par l'artère circonflexe, branche de l'artère fémorale, de l'extrémité supérieure du fémur, du massif des tubérosités fémorales (petit et grand trochanter) et du col du fémur.
Schéma B : décollement épiphysaire.

1- Définition

L'épiphyse supérieure du fémur correspond à l'extrémité supérieure du fémur. Chez l'enfant et l'adolescent en période de croissance, cette épiphyse est séparée du col du fémur et du reste du fémur, par du cartilage de conjugaison et l'épiphysiolyse correspond à un décollement de l'épiphyse qui glisse vers l'arrière ou vers le dedans soit de manière aiguë brutale, soit plus lentement de manière chronique insidieuse.

2- Généralités

Vers 13 à 15 ans et jusqu'à 18 ans, l'épiphysiolyse = décollement épiphysaire vers l'arrière = coxa retorsa ou en dedans = coxa vara; elle touche surtout le garçon (2,5 fois plus de garçons que de filles); elle peut être à début brutal ou progressif et à évolution longue. Rôle du sport ++ (Lancers en athlétisme par exemple). Dans 30% des cas l'affection est bilatérale. Quand l'atteinte est bilatérale, rarement les 2 hanches sont frappées de manière simultanée, l'autre hanche est atteinte le plus souvent à 18 mois d'intervalle.

3- Le glissement

Il est le plus souvent progressif. Il peut être brutal et correspond alors à un véritable décollement épiphysaire non traumatique. Il est aigu et instable.

4- Le diagnostic

Il est hélas souvent porté avec retard (douleur dans le pli de l'aîne, boiterie qui devrait immédiatement alerter tout médecin consciencieux) en raison de

la rareté et des formes trompeuses que peut prendre cette affection (douleurs ressenties dans le genou). L'examen clinique mettra en évidence le plus souvent une asymétrie de mobilité spécialement en rotation interne genou tendu posé sur le plan de la table d'examen, ou de la flexion croisée (flexion, adduction, rotation interne), genou fléchi à 90°.

Des radiographies de hanche comparatives mettront en évidence le glissement de la tête fémorale, soit vers l'arrière, soit vers le dedans.

5- L'évolution spontanée

Elle est dominée par la majoration du déplacement et le risque de survenue d'un glissement « aigu » qui peuvent s'associer à des complications précoces (coxite, ostéonécrose) et à long terme (arthrose secondaire).

6- Le traitement

Il est affaire de chirurgien orthopédique spécialisé (souvent chirurgien orthopédiste pédiatrique). Il vise à stopper la progression du glissement pour éviter les complications dont la fréquence augmente avec l'importance du déplacement:

- dans les formes peu déplacées et stables, la fixation en place par une vis canulée est la méthode de choix et donne de bons résultats chez la majorité des patients.
- dans les formes instables ou à grand déplacement, le traitement reste controversé. Un diagnostic précoce reste le meilleur facteur pronostique dans cette affection.

A retenir

Entre 13 et 18 ans, tout adolescent sportif et donc tout jeune Lanceur présentant une boiterie de hanche avec des douleurs localisées dans le pli de l'aîne et irradiant jusqu'au genou et à l'examen physique genou fléchi une limitation fonctionnelle de la flexion croisée : flexion/adduction/rotation interne, doit être considéré comme une épiphysiolyse avec interdiction formelle de poursuivre toute activité physique et sportive +++ jusqu'à preuve radiologique du contraire et avis d'un chirurgien orthopédique+++.

Les accidents musculaires dans le secteur sous-pelvien

1- Généralités

De tous les termes utilisés pour désigner les accidents musculaires intrinsèques, le claquage est celui qui est le mieux compris des sportifs, tout bonnement parce qu'ils l'ont eux même inventé et qu'il correspond avec l'entorse de cheville aux deux traumatismes les plus fréquemment rencontrés en Athlétisme. Il survient sur un groupe musculaire presque exclusivement des membres inférieurs mis en tension trop brutalement et s'accompagne le plus souvent d'un claquement caractéristique (d'où le terme de claquage), à la manière d'un coup de fouet parfois audible à plusieurs mètres de distance qui empêche un athlète, le plus souvent de vitesse ou de sauts en athlétisme, de poursuivre son effort et d'une douleur qui peut être syncopale Excepté au javelot ou nous en avons rencontré au fil du temps, les trois autres disciplines (poids, disque et marteau) sont plutôt épargnés, mais le système lombo-pelvi-fémoral des Lanceurs est tellement sollicité que chez ces derniers, ce type de blessure n'est pas à exclure et mérite d'être développé.

L'ensemble de ces modifications évolutives a été décrit sous le nom de "Syndrome de Lucy": d'abord quadrupède, puis progressivement debout sur ces pattes de derrière, l'espèce humaine, déjà plus intelligente que toute autre, afin de pouvoir élargir son champ de vision dans la savane et par tant échapper aux différents dangers qui la guettaient dans ce milieu hostile, s'est redressée très vite, trop vite pour nous médecins du sport, au point que les muscles des membres inférieurs et tout spécialement les muscles postérieurs de cuisse (ischio-jambiers) et de jambe (triceps sural du mollet) sont restés structurellement trop courts. Ce syndrome de Lucy qui retentit sur le fonctionnement dynamique des articulations sus et sous-jacentes (genou, hanche, sacro-iliaque) est à l'origine de très nombreuses pathologies macro ou micro-traumatiques du membre inférieur.

4- Les facteurs de risque classiquement évoqués dans toutes les publications

- une diététique inadaptée : hydratation insuffisante, alimentation hypercarnée, acide.
- un défaut ou l'absence d'échauffement.
- un défaut de préparation athlétique: mauvaise planification des entraînements, entraînements inadaptés, préparation abusive, peu ou pas d'étirements progressifs et de travail en excentrique.
- une prise d'anabolisants ou de corticoïdes.
- le stress.
- les conditions climatiques : froid et humidité
- la fatigue musculaire++
- l'âge
- les déséquilibres musculaires : avec en iso-cinétisme un ratio $> 0,8$ IJ excentrique à 60° / Q concentrique à 240° ++; Abdominaux/Adducteurs.

5- Un facteur de risque jamais évoqué, mais pourtant toujours présent quand il est systématiquement recherché :

Dans notre expérience, nous avons toujours retrouvé chez tous les athlètes qui se claquent, une dysfonction vertébrale lombaire et ses signes de SCTPM (syndrome cellulo-téno-périosto-myalgique de Robert Maigne.

6- Les 4 régions anatomiques les plus fréquemment affectées par les claquages :

- 92 % des claquages affectent les membres inférieurs et 79% affectent les différents groupes musculaires de la cuisse et très spécifiquement ceux qui sont polyarticulaires et ont un fonctionnement de type excentrique+++ :
- 37% les ischio-jambiers (IJ) de la face postérieure de la cuisse.
- 23% les adducteurs de la face interne de la cuisse
- 19% le muscle droit antérieur du quadriceps de la face antérieure de la cuisse.
- 13% le muscle jumeau interne du mollet.

En tant que visiteur vous avez eu un accès gratuit à une partie de ce document. Le document complet est réservé aux membres . Pour devenir membre et avoir accès à TOUS les documents de ce site , voir les conditions sur la page d'accueil...et bienvenue au club !