



RAPPEL
ANATOMIQUE

LES PATHOLOGIES
FREQUENTES

LES TRAITEMENTS

JANVIER 2016

PARLONS SANTÉ

Le Genou du Footballeur

BONNE ANNÉE !

COMMISSION
TECHNIQUE

Avec l'accord du médecin du
DVOF

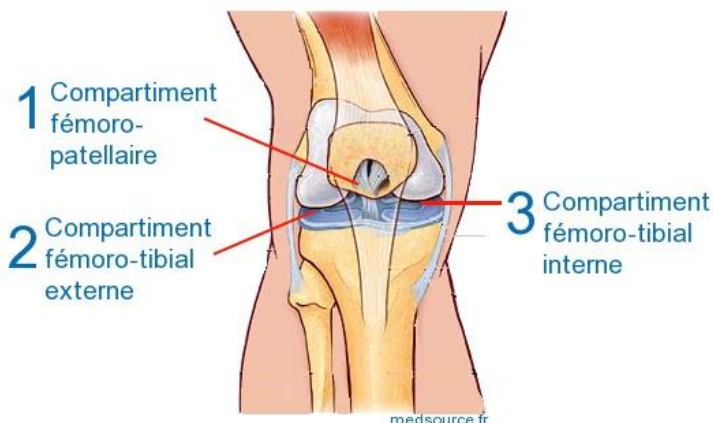
LE GENOU DU FOOTBALLEUR

Ce mois-ci, nous parlerons d'une région si souvent touchée chez le footballeur : Le Genou

Nous ferons dans un premier temps un rappel des différentes structures anatomiques afin de bien comprendre, lorsque nous aborderons la deuxième partie consacrée aux pathologies, quelles structures sont touchées. Enfin dans un dernier temps nous expliquerons les différentes solutions qui s'offrent à nous lorsque l'on a un problème au genou.

C'est une région qui subit d'énormes contraintes d'où les nombreux problèmes qui peuvent toucher cette région.

I. Rappel Anatomique



Lorsqu'on parle du genou il s'agit d'une région et d'un complexe articulaire.

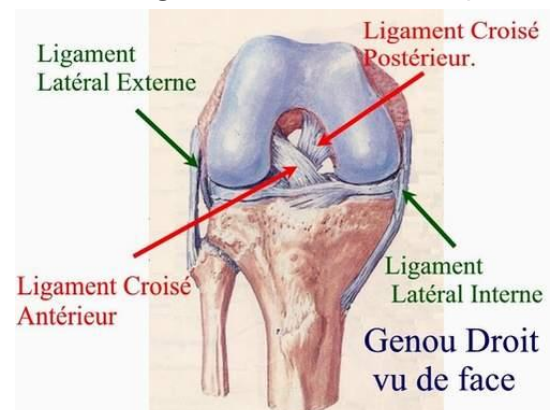
Il est incorrect de parler de l'articulation du genou, car il existe en réalité 2 articulations.

- L'articulation fémoro tibial : comme son nom l'indique c'est la liaison entre le tibia et le fémur
- L'articulation fémoro-patellaire : c'est l'articulation entre le fémur et la rotule.

Il y a différentes structures dans cette région qui jouent un rôle capital dans le fonctionnement du genou, nous allons énumérer les plus importantes.

- **Ligaments** : Ceux qui confèrent la stabilité du genou sont les ligaments croisés. On parle aussi de pivot central. Comme le montre le schéma ci-contre il y a le ligament croisé antérieur qui limite le glissement vers l'avant du tibia sur le fémur. Le ligament croisé postérieur qui limite le glissement postérieur du tibia sur le fémur.

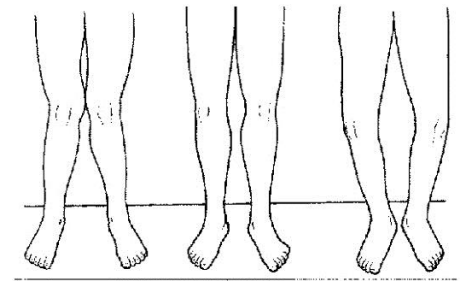
Les 2 ligaments latéraux sont aussi importants dans la stabilité du genou. Il y en a un en interne et l'autre en externe.



Il est à noter qu'il existe de nombreux ligaments dans cette région, nous avons présenté les principaux.

- Les ménisques : Structure essentielle dans le bon fonctionnement du genou, il s'agit d'un fibrocartilage, il y a un ménisque interne et un ménisque externe. Il joue un rôle de cale, stabilisant le genou, et un rôle d'amortisseur. Une lésion méniscale isolée ne retentit cependant pas beaucoup sur la stabilité du genou tant que les ligaments sont intacts. Mais elle entraîne un risque d'arthrose plus tard, surtout si le ménisque a dû être enlevé.

D'une manière plus globale il est aussi important d'analyser la posture, suivant la position de nos genoux cela entraîne plus de contraintes et peut favoriser une arthrose précoce ou encore une rotule instable par exemple.



- Les muscles : Ils sont nombreux à passer dans cette région du genou et peuvent être une source de douleurs, dont on parlera dans le prochain chapitre
 - En avant* : On trouve le quadriceps qui entoure la rotule avec son tendon pour venir se terminer sur le tibia dans sa partie supérieure, par le tendon rotulien.
 - En dehors* : Le Fascia Lata (prolongement du TFL), il vient se terminer sur la partie antéro-externe du tibia après être passé sur la face externe du genou.
 - En Dedans* : une zone d'insertion de 3 muscles le Sartorius (anc : couturier), Gracile (anc : Droit Interne) et Semi Tendineux (anc : Demi Tendineux)

II. Les Pathologies Fréquentes.

1/ L'entorse du genou

Tout monde se souvient des images des blessures de Ronaldo ou pour les plus jeunes celle de Nabil Fekir avec l'équipe de France, à chaque fois il s'agissait d'une entorse des ligaments croisés. Dans la plupart des cas c'est le ligament croisé antérieur qui est touché. On parle dans ce cas d'entorse grave. Les joueurs ressentent une sensation d'instabilité dans le genou.

Il peut aussi exister des entorses du ligament croisé postérieur qui sont également des entorses graves. Les entorses des ligaments latéraux sont aussi fréquentes mais ne remettent pas la stabilité du genou en cause.



2/ Le syndrome fémoro-patellaire (SFP) ou Syndrome rotulien

Il s'agit souvent d'un « fourre tout » d'une manière globale on nomme Syndrome Rotulien tout conflit au niveau de l'articulation fémoro-patellaire (rotule – fémur), provoquant des douleurs antérieures du genou qui peuvent s'accompagner de craquements et de pseudo-blocages.

Il est parfois décrit parmi les SFP les instabilités de rotule qui peuvent provoquer des luxations de rotules. La cause peut être anatomique ou liée à un déséquilibre musculaire.

3/ Lésion méniscale

La rupture méniscale est souvent le résultat d'un traumatisme par rotation et/ou par accroupissement car en forte flexion du genou la pression exercée sur le ménisque par les cartilages fémoro tibiaux est très forte et il peut se produire un cisaillement du ménisque au moment du relever de la position accroupie entraînant sa déchirure.

Dans le cas d'un mécanisme par rotation externe de la jambe, c'est le ménisque interne le plus vulnérable. Dans le cas d'une rotation interne, c'est le ménisque externe qui est menacé.

Toute lésion du ménisque ne nécessite pas forcément une intervention chirurgicale. Seules les lésions qui entraînent une incapacité à poursuivre une activité physique et dont la douleur est persistante auront une indication chirurgicale.

Bien évidemment la décision devra être prise en accord avec un chirurgien orthopédiste.

On retrouve des douleurs à la palpation et parfois un blocage du genou.

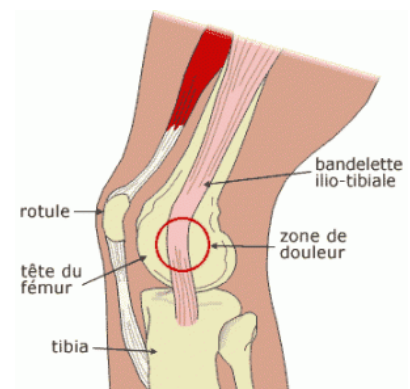
4/ Les tendinopathies

Avant toute chose, il est important de préciser que le mot tendinite est bien trop imprécis, on privilégiera le terme tendinopathie.

Lorsqu'il s'agit d'une tendinite chronique on parle de tendinose, en effet il n'y a plus d'effet inflammatoire et dans ce cas le froid et les anti-inflammatoires n'ont pas de réel intérêt.

Il est important de localiser le niveau de l'atteinte également.

Comme nous l'avons vu en I. On trouve plusieurs insertions tendineuses dans la région du genou pouvant être à l'origine de tendinopathies



En dehors : Le syndrome de l'essuie-glace :

Classique chez le coureur, les mouvements répétés de flexion-extension de genou créent une irritation au niveau du tendon. L'apparition de cette pathologie est forcément plurifactorielle. En effet la course sur un sol dur ou encore un mauvais chaussage favorise le syndrome de l'essuie-glace.

En dedans : La tendinite de la Patte d'Oie :

La douleur se situe à la face interne du genou.

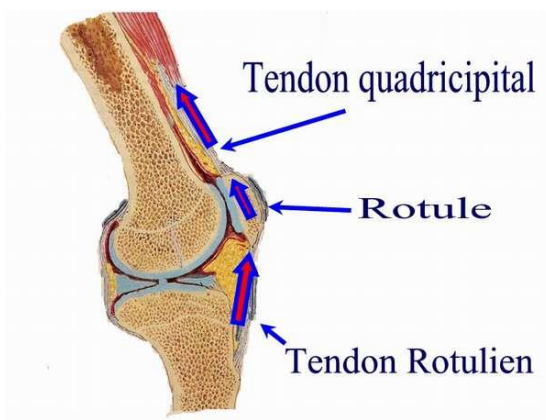
Comme toutes les tendinopathies, en fonction du stade de l'évolution les douleurs peuvent varier.

Au départ présente juste à l'échauffement, puis disparaissant pendant l'activité et réapparaissant après l'effort. Elle peut ensuite être présente pendant l'activité et pas dans la vie quotidienne. À un stade avancé la douleur peut même devenir invalidante dans la vie quotidienne.



En avant : la tendinopathie du tendon rotulien :

L'atteinte se situe le plus souvent, au niveau de l'insertion proximale du tendon au niveau de la pointe de la rotule. Plus rarement, cette tendinopathie peut se situer au niveau de l'insertion tibiale du tendon rotulien sur la tubérosité tibiale (extrémité supérieur du tibia). On retrouve plus rarement une atteinte du tendon quadricipital.



Mais aussi : tendinopathie du poplité.

III. Les Traitements

Il faut bien avoir à l'esprit qu'il n'y a pas un traitement type pour une pathologie donnée. Le médecin et/ou le chirurgien prendront une décision avec le blessé en fonction de la pathologie, de son niveau d'activité, de son âge et bien d'autres facteurs encore.

Par exemple, si deux personnes qui présentent une rupture du ligament croisé antérieur identique, ce n'est pas pour autant que les deux se feront opérer.

Il faut garder à l'esprit que l'intervention chirurgicale doit arriver plus souvent en dernier recours qu'en premier, et si l'indication chirurgicale est posée, un travail préparatoire est souvent le bienvenue.

En bref, quelles possibilités s'offrent à une personne atteinte de problèmes de genou ?

Répartissons cela en 3 domaines :

1^{er} temps : Médical

Il s'agit de poser un diagnostic précis, basé sur un bilan et éventuellement des examens complémentaires. Le médecin pourra alors décider d'entamer un traitement médical (antalgique, anti-inflammatoire...) et par la suite de rediriger le patient. À ce moment-là une consultation avec un médecin du sport ou un rhumatologue peut s'avérer très utile.

2nd temps : Paramédical

Différentes professions peuvent intervenir :

Bien sur le masseur-kinésithérapeute pourra intervenir dans de nombreux cas via des mobilisations, des étirements musculaires, du renforcement...

Le podologue peut avoir un rôle intéressant à jouer car un trouble de la statique peut créer un déséquilibre et être à l'origine de douleurs qui se répercutent au genou.

Dans cette même idée l'ostéopathe peut aussi rentrer dans le cercle de soins.

Parfois tout cela ne suffit pas il faut alors passer au 3^{ème} temps.

3^{ème} temps : Chirurgical

Une consultation avec un chirurgien orthopédiste permet d'établir la nécessité ou pas d'une intervention. Comme je l'ai précisé précédemment il prendra en compte tout le contexte, la décision ne sera pas la même chez un footballeur professionnel que chez un footballeur loisir de 55 ans.