

Traumatologie du sport chez l'enfant

Article réalisé par le Dr. MARECHAL, Institut Ernest Malvoz, Service Santé et Environnement de la Province de Liège – Département Médecine du Sport +32 (0)4 344 79 10

Peu de personnes mettent en doute le bienfait de la pratique du sport dès le jeune âge. Cette pratique contribue au développement des différents systèmes notamment le système locomoteur et le système de soutien représenté par le squelette, les muscles, les tendons et les ligaments.

La pratique du sport contribue également à améliorer la défense de l'organisme contre les affections et développe également le sens des responsabilités, l'esprit de solidarité, la notion de fair-play et contribue à l'idée de respect de l'adversaire.

Ces notions constituent l'aspect positif de la pratique du sport. Il existe cependant un aspect négatif qui est représenté par les blessures liées à la pratique sportive.

En effet l'augmentation de la fréquence et de l'intensité des entraînements, la multiplication des rencontres, compétitions et tournois, l'exigence des entraîneurs et des dirigeants ont amené une augmentation de la sollicitation physique déjà chez le jeune enfant contribuant ainsi à accroître le nombre de blessures essentiellement des blessures de **surcharge**.

Sous le terme d'ostéodystrophie ont décrit de nombreuses affections de croissance de l'enfant et de l'adolescent. Prédominantes aux membres inférieurs elles touchent aussi les membres supérieurs et le rachis. Au cours de la croissance, la structure osseuse de l'enfant et de l'adolescent subit de continus remaniements. Au cours de cette croissance, des troubles de l'ossification peuvent survenir souvent provoqués ou accentués par la pratique sportive intensive.

L'activité physique intense entraîne une hyper-sollicitation des points d'ossification secondaire avec irritation et modification de structure des zones cartilagineuses en voie de maturation. Au niveau des membres inférieurs, les deux exemples classiques sont d'une part la maladie de Osgood-Schlatter ou apophysite antérieure du tibia et la maladie de Sever ou apophysite postérieure du calcaneum.

Les différentes ostéodystrophies ou ostéochondroses du membre inférieur sont :

- l'ostéochondrose tibiale d'Osgood-Schlatter ;
- la maladie de Sinding-Larsen ;
- l'ostéochondrose du pied ou maladie de Sever ;
- la maladie de Freiberg ;
- maladie de Kohler-Mouchet.

1.-Ostéochondrose tibiale d'Osgood-Schlatter

C'est la plus fréquente des ostéochondroses. Elle affecte le ou les genoux de l'enfant sportif plus souvent de sexe masculin (12-14 ans) que féminin (9-13 ans).

L'origine mécanique par micro-avulsion de la partie cartilagineuse antérieure du noyau d'ossification de la tubérosité tibio-antérieure n'est aujourd'hui plus discutée.

La clinique est très évocatrice : douleur mécanique, test de mise en tension du quadriceps, palpation locale douloureuse.

La radiographie a pour but principal d'éliminer les rares diagnostics différentiels.

L'évolution est caractéristique avec une phase aiguë ou le symptôme associant tuméfaction, œdème, douleur persiste pendant plusieurs semaines avec des périodes de rémission plus ou moins complètes et de récurrence à l'occasion de l'activité physique ou de microtraumatismes surajoutés.

Toute sollicitation mécanique excessive réveille la réponse inflammatoire et douloureuse. Suit une phase de tuméfaction avec des images anormales apparaissant à la radiographie puis une phase évoluant vers l'ossification des noyaux.

La résolution spontanée survient dans la plupart des cas avec disparition définitive de la symptomatologie.

Une hypertrophie de la tubérosité tibiale peut persister et alors représenter un préjudice esthétique voire une gêne dans certaines activités.

Le traitement doit comporter l'éviction des sports à risques comme le football ou les sports comportant des impulsions brutales (gymnastique). On associe volontiers une contention circulaire placée entre la pointe de la rotule et la tubérosité tibiale. Si le résultat n'est pas obtenu en 2 mois, l'immobilisation du membre inférieur en extension est logique. Il n'y a aucun signe de raideur secondaire et le sport peut être repris une fois récupéré la souplesse de l'appareil extenseur.

Il faut proscrire des injections locales de corticoïdes et toute chirurgie agressive.

2.- Maladie de Sinding-Larsen

Elle affecte la zone apicale de la rotule. Les douleurs sont vives lors des sauts, des impulsions et très précisément localisées à la pointe de la rotule. On observe également une amyotrophie quadricipitale.

3.- Maladie de Sever

Elle est encore appelée apophysite du calcaneum et traduit l'atteinte du noyau d'ossification du calcaneum. La maladie de Sever apparaît liée aux microtraumatismes répétés induits par de nombreuses activités sportives. L'existence de troubles statiques est parfois mise en cause.

Les symptômes évocateurs apparaissent chez un garçon plus souvent qu'une fille entre 7 et 15 ans, hyperactif et se plaignant d'une talalgie uni- ou bilatérale. La douleur est apparue sans cause déclenchante reconnue ou à l'occasion d'une activité sportive particulièrement intense. Elle s'atténue au repos.

A l'examen on peut noter différentes anomalies notamment une brièveté du tendon d'Achille ou un creusement de l'assise plantaire.

Le diagnostic est affirmé par la palpation douloureuse localisée à la partie postéro-inférieure du calcaneum.

Le bilan radiologique ne doit pas servir à établir un diagnostic mais à mettre en évidence un éventuel diagnostic différentiel : « fracture de fatigue, ostéite ou talonnade » .

Le traitement est simple avec arrêt temporaire des activités physiques et sportives et utilisation d'une talonnette de décharge.

Enfin, d'autres ostéochondroses telle la maladie de Freiberg touchant les jeunes filles plus âgées et altérant la tête métatarsienne (2ème ou 3ème) ou encore la maladie de Kohler-Mouchet qui est en fait une nécrose du scaphoïde du tarse.

Enfin n'oublions pas la maladie de Scheuermann qui se révèle par des douleurs dorsales ou dorso-lombaires apparaissant au cours ou au décours d'un effort ou à l'occasion d'une station debout prolongée.

Si ces différents traumatismes liés essentiellement à une pratique sportive intensive se révèlent fréquemment, il convient de banaliser leur gravité. L'observance d'un traitement bien conduit, de repos ou d'exclusion de facteurs favorisant représente l'essentiel et permet dans la plupart des cas une reprise complète et sans restriction des activités sportives antérieures.