

Éléments de traumatologie du sport

1. Les pathologies capsulo-ligamentaires.

1.1. Les entorses :

C'est une distension traumatique de ligaments.

1.1.1. Généralités :

Une entorse sans rupture est une entorse bénigne, avec rupture {qu'elle soit partielle ou complète} d'un faisceau ligamentaire, c'est une entorse grave ; d'où la nécessité de faire un testing ligamentaire {Cf. : foulure}.

Une entorse grave négligée, c'est la carrière sportive qui est compromise.

1.1.2. Conduites à tenir :

A ne pas faire :

- Banaliser {c'est rien, marche, ce n'est pas méchant...}
- S'affoler {une cheville qui gonfle à vue d'œil ne justifie pas de gros moyens}
- Manipuler

A faire :

- Allonger le blessé {une simple entorse peut faire très mal et entraîner un malaise voire une perte de connaissance par réaction vagale, Cf. : douleur syncopale}
- Surélever le segment de membre atteint
- Refroidir l'articulation atteinte
- Noter l'heure du traumatisme et la vitesse de constitution des signes locaux
- Faire transporter le blessé à l'hôpital ou faire le 18
- Respecter à la lettre les prescriptions données par le chirurgien orthopédique

1.1.3. Consignes de récupération :

Si l'entorse est bénigne : On comptera deux semaines de plâtre, c'est plus sûr et une dizaine de séance de rééducation fonctionnelle et proprioceptive.

Si l'entorse est grave : Il y aura suture chirurgicale du ligament ou du faisceau rompu et six à huit semaines de plâtre.

Si l'entorse est bénigne : On comptera deux semaines de plâtre, c'est plus sûr et une dizaine de séance de rééducation fonctionnelle et proprioceptive.

Si l'entorse est grave : Il y aura suture chirurgicale du ligament ou du faisceau rompu et six à huit semaines de plâtre.

1.2. Les luxations :

C'est une perte de la congruence articulaire, assez souvent évidente.

1.2.1. Conduites à tenir :

A ne pas faire, Idem entorse :

- Banaliser
- S'affoler
- Manipuler

A faire, immobiliser + Idem entorse :

- Allonger le blessé
- Surélever le segment de membre atteint
- Refroidir l'articulation atteinte
- Noter l'heure du traumatisme et la vitesse de constitution des signes locaux
- Faire transporter le blessé à l'hôpital ou faire le 18
- Respecter à la lettre les prescriptions données par le chirurgien orthopédique

1.3. Localisation et variétés :

1.3.1. Au niveau du genou :

Elles sont exceptionnelles et souvent gravissimes.

1.3.2. Au niveau de la cheville :

Elles sont rares et toujours graves.

1.3.3. Au niveau de la hanche :

Elles sont rares et graves.

Elles arrivent surtout en ski, parfois en judo et également en gymnastique.

Il y a généralement rupture du ligament rond.

1.3.4. Au niveau du coude :

Elles sont toujours graves et pas rares.

L'olécrane peut éventuellement être rompu.

1.3.5. Au niveau de l'épaule :

Elles sont plus ou moins graves et assez fréquentes.

2. Les pathologies osseuses traumatiques ou fractures.

Elles sont parfois associées à des lésions capsulo-ligamentaires et des fractures de la face et du crâne.

2.1. Circonstances :

2.1.1. Les traumatismes directs :

Ils sont assez rares en fait, en dehors de la circulation et des fractures de la face et du crâne.

2.1.2. Les traumatismes indirects :

La mécanique est le plus fréquemment en cause en ce qui concerne les fractures des membres, avec mouvements de levier ou torsion.

2.1.3. L'absence totale de traumatismes :

Elles sont plus rares, mais il existe des fractures spontanées suite à un effort exceptionnel {côtes, fémur}.

2.1.4. Les fractures dites "de fatigue" :

Ce type de fractures relève en fait de la micro-traumatologie.

2.2. Diagnostique :

Parfois évident à faire :

- déformation du segment de membre
- fracture ouverte

Parfois moins évident :

- certaines fractures articulaires
- fracture du péroné pour laquelle le tibia peut constituer un atèle physiologique

2.3. Conduites à tenir :

A ne pas faire :

- Banaliser
- S'affoler
- Manipuler

A faire :

- Adapter une atèle {si possible gonflable} si la fracture est évidente, mais risque de transformation d'une fracture fermée en une fracture ouverte
- Au ski, ne pas enlever la chaussure

2.4. Les pièges :

C'est le cas de fracture du péroné, car on peut quand même marcher. La fracture du métatarsien et la fracture du scaphoïde constituent également des pièges.

3. Les lésions

3.1. Généralités :

3.1.1. Classification des lésions :

3.1.1.1. Contractures, élongations et contusions bénignes :

C'est une simple désorganisation histochimique du tissu musculaire. Les circonstances sont banales voire passées inaperçues. La douleur retardée est minime. Le plus souvent, il y a poursuite de l'effort. L'inspection de la zone douloureuse est normale. A la palpation douce, on note douleur ou contracture. Les mouvements actifs sont normaux ou peu douloureux.

3.1.1.2. Les claquages et les contusions appuyées :

Il y a rupture de nombreuses fibres musculaires, d'où une réaction vasculaire. Cela peut se faire lors d'une impulsion, d'un démarrage, d'une accélération ou d'un changement de rythme. La douleur est brutale, et le claquement est bien audible, d'où l'arrêt de l'effort.

Il y a impotence fonctionnelle modérée.

Il apparaît une ecchymose retardée.

Il ya modification du modelé musculaire.

Le sujet ressent une douleur vive à la palpation douce.

On observe ue le ballotement musculaire est diminué.

3.1.1.3 Les ruptures musculaires partielles ou totales :

A l'origine, il y a eu mouvements violents contrariés ou très forte contusion directe avec dilacération musculaire. Il y a également rupture ou écrasement de faisceaux musculaires, ou du muscle en totalité. La douleur est brutale, très élevée et permanente invalidante. Cela entraîne un arrêt instantané de l'effort.

La reprise de l'appui est impossible.

A l'inspection, on constate une encoche musculaire.

Il y a une dépression nette très douloureuse.

Le ballotement musculaire est aboli.

Lors des mouvements actifs, la douleur est très élevée.

La puissance est nulle.

3.1.2. La triade douloureuse de la lésion musculaire :

La lésion musculaire se caractérise du fait qu'elle est douloureuse dans trois cas suivants :

- à l'étirement
- à la palpation
- à la contraction volontaire

3.2. Conduites à tenir :

Il devra y avoir arrêt immédiat de l'activité.

En cas de signes physiques le sujet sera envoyé à l'hôpital.

Il y aura respect de la période d'inactivité durant huit semaines voire plus.

4. Les ruptures tendineuses.

4.1. La rupture du tendon d'Achille :

La rupture du tendon d'Achille est la plus fréquente des ruptures tendineuses.

4.1.1. Circonstances :

Il y a au départ un dysfonctionnement proprioceptif, d'où un automatisme trompé.

4.1.2. Diagnostique :

Le sujet exprime la sensation d'avoir reçu un "coup par derrière".

4.1.2.1. Eléments pièges :

Il y a un œdème plus ou moins retardé à la cheville masquant plus ou moins l'encoche dans le tendon. Le mouvement du pied est conservé, la marche est possible grâce au jambier postérieur, mais elle est boitillante. Il y a possibilité d'entorse en plus.

Conséquences : diagnostique erroné d'entorse.

4.1.2.2. Signes positifs :

Bruit de claquement sec souvent entendu par le blessé.

Douleur en "coup de fouet" sans qu'une sensation de torsion de la cheville qui soit bien évidente.

Visualisation et palpation {si l'examen est précoce} d'une encoche dans le tendon.

Signe de BRUNNER {le sujet est allongé sur le ventre, sur une table par exemple, avec les pieds dans le vide, l'angle pied jambe est alors de 90° au lieu de 130° environ}

Signe de THOMPSON {une pression du mollet ne modifie pas l'angle pied jambe}

Le signe de GUILLET {debout sur un pied, le sujet ne peut pas monter sur la pointe de pied}

Il existe des ruptures partielles du tendon d'ACHILLE, mais il n'y a alors aucun de ces signes.

4.1.3. Traitement et rééducation :

Le traitement sera soit chirurgical, soit orthopédique.

Il y aura arrêt pendant six mois et rééducation.

4.2. Autres ruptures tendineuses :

Elles sont le plus souvent évidentes, sauf celles des péroniers latéraux.

Elles ne sont pas toujours très douloureuses, par exemple celles des doigts.

Elles ne nécessitent pas une grande urgence.

5. Les plaies.

5.1. Définition

Ce sont des effractions des téguments {peau, cuir chevelu, cornée et conjonctives, et muqueuses en générale}.

5.2. Deux types de plaies :

5.2.1. La plaie franche ou coupure :

Elle est due à un instrument coupant.

5.2.2. La plaie infractueuse :

Ce sont celles dont les lésions sont dues à la contusion associée au déchirement irrégulier des téguments.

La morsure entraîne un risque infectieux important.

Les érosions, c'est un arrachage de la couche superficielle de l'épiderme avec suintement.

Les phlyctènes {ampoules}, elles sont en général crevées et proviennent de brûlures : Il ne faut pas crever les ampoules.

5.3. Conduites à tenir :

5.3.1. Les plaies propres et simples :

Elles nécessitent une désinfection à la Bétadine ou tout autre désinfectant iodé. Il sera fait une suture si nécessaire ou encore on utilisera du steristrip. S'il est nécessaire de protéger la plaie des salissures, on mettra un pansement sec. Il faudra faire une prévention antitétanique.

5.3.2. Les plaies souillées :

Elles pourront être nettoyées à l'eau savonneuse.

On se servira de Dakin pour rincer ou en éventuellement d'eau de javel diluée.

On ne suture jamais une plaie qui a plus de 6 heures.

Mais en cas de suture, Idem "plaies propres" :

Il sera fait une suture si nécessaire ou encore on utilisera du steristrip.

S'il est nécessaire de protéger la plaie des salissures, on mettra un pansement sec.

Il faudra faire une prévention antitétanique.

5.3.3. Les plaies infractueuses souillées ou morsures :

Idem plaies souillées :

Elles pourront être nettoyées à l'eau savonneuse.

On se servira de Dakin pour rincer ou en éventuellement d'eau de javel diluée.

Mais, elles ne seront pas suturées en règle.

De plus, il faudra faire une prévention antibiotique.

5.3.4. Erosions et brûlures superficielles limitées en surface :

Idem plaies souillées :

Elles pourront être nettoyées à l'eau savonneuse.

On se servira de Dakin pour rincer ou en éventuellement d'eau de javel diluée. S'il est nécessaire de protéger la plaie des salissures, on mettra un pansement sec. Il faudra faire une prévention antitétanique.

Et, on appliquera de l'éosine aqueuse ou du mercurochrome et un pansement gras pour éviter la déshydratation.

5.2. Les plaies particulières et les risques spécifiques :

5.2.1. Les plaies des régions tendineuses :

La recherche d'une atteinte tendineuse doit être sous-jacente.

Toute plaie sérieuse d'une région tendineuse doit être explorée à l'hôpital, particulièrement pour la main, le poignet et l'avant-bras.

5.2.2. Les plaies articulaires :

On adoptera la même attitude que pour les plaies situées dans les régions tendineuses.

5.2.3. Les plaies du cuir chevelu :

Ce sont des plaies spectaculairement hémorragique, donc tous les risques ne sont pas à négliger{transmission HIV et Hépatite}.

5.2.4. Les plaies des vaisseaux sanguins :

Veines : Risques hémorragiques élevés.

Artères : Risques hémorragiques élevés à très élevés :

- Artère fémorale : délai de 15 à 20 secondes.

- Artère carotide délai de l'ordre d'une minute.

5.2.5. Les sections ou arrachements complets de pièces anatomiques

5.2.5.1. Conduites à tenir :

Il faut récupérer la partie sectionnée.

Il ne faut pas laver à l'eau.

Il faut poser sur de la glace avec un linge entre la glace et la pièce anatomique.

Acheminer le tout vers l'hôpital le plus proche.

5.2.6. Arrachement dentaire complet avec dent intact :

5.2.6.1. Conduites à tenir :

Il faut récupérer la partie sectionnée.

Il ne faut pas laver à l'eau.

La victime doit laver la dent avec sa salive.

Aller aux urgences dentaires d'un hôpital.