

Élongations musculaires du sportif

Traitement par mésothérapie

Dr P-L BORG



Patrick-Laurent BORG

L'élongation est un accident interne du muscle prenant parfois des accents sérieux au point de transformer tout espoir de performance en un cuisant arrêt sportif.

Notre propos est de savoir de quelle manière la mésothérapie peut entrer dans le traitement de cette blessure et surtout quel bénéfice peut tirer le sportif, de cette technique de soins.

Pour ce faire nous avons étudié les dossiers d'élongations authentiques sans lésion de rupture myofibrillaire mise en évidence à l'échographie.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1- LES DOSSIERS

Sur 220 dossiers de sportifs présentant une élongation musculaire dans leur observation, 192 sont retenus. Les autres sont ceux dont le diagnostic initial a été infirmé par l'échographie en nous montrant des signes de claquage authentique.

2- LA MÉTHODE

- **Le diagnostic**

Parmi les accidents musculaires, nous distinguons selon une classification clinique :

La courbature simple « fatigue » musculaire résolutive au repos de 24 à 48 h

La contracture est à un degré de plus le résultat d'une « tétanisation » d'un faisceau ou d'une partie de faisceau musculaire. Le muscle est douloureux, en contraction non résolutive spontanément, souvent visible, induré et douloureux à la palpation. Cet accident impose souvent l'arrêt de l'effort et ne présente pas d'anomalies échographiques.

Ce stade peut être simplement le résultat d'une exagération du stade précédent par non-respect de celui-ci, ou bien d'une demande sportive accrue. Mais cette blessure peut aussi être le « masque » d'une élongation voire d'un claquage.

L'élongation est le résultat d'une contraction maximale du faisceau considéré, sans aller jusqu'à la rupture de fibres. L'aspect clinique est celui d'un muscle contracturé, hyperalgique, sans zone de dehiscence palpable. La seule anomalie échographique est parfois des zones inflammatoires infiltrant la partie blessée.

Le claquage ou rupture musculaire est le stade suivant où le muscle présente une solution de continuité plus ou moins importante, palpable et échographiquement décelée.

Bien souvent seule l'échographie permet de distinguer finement une élongation d'un claquage, l'aspect clinique restant similaire, avec la même impotence, une douleur invalidante dans l'usage du muscle considéré, la contraction contrariée douloureuse et la palpation algique dans le segment blessé.

- **le protocole**

L'examen clinique note le résultat des tests d'opposition à la contraction musculaire du faisceau concerné, afin d'avoir une réelle référence clinique.

L'échographie musculaire est régulière sans être systématique. Les autres explorations (IRM ...) n'ont été demandés chez aucun des 192 sportifs !

L'examen délimite la zone contracturée et les impacts la ciblent. Le nombre d'impacts est toujours réduit respectant les principes originaux de la technique.

L'traitement est débuté le jour de l'examen initial (J0) si aucun doute diagnostique n'existe.

Si la contracture est au premier plan la séance associe myorelaxant et AINS (2/3 - 1/3) dans 44,79% sinon seul l'AINS est utilisé en action antioédémateuse dans 55,2% des cas.

En général le sportif est revu à J8 et l'amélioration subjective est objectivée ou pas par la pratique des tests musculaires oppositionnels.

Dans les meilleurs cas la reprise de l'activité sportive succède à 4 j minimum. Il est évident qu'une élongation sévère sera maintenue « hors stade » au moins 8 j après la fin du traitement.

Dans tous les cas il ne s'opère pas de reprise sans examen clinique négatif préalable, et la progression

de la reprise est soigneusement notée et expliquée au sportif quant aux éléments physiques de vigilance.

- **Le Traitement**

Si l'examen est douteux une échographie est systématiquement demandée, afin de ne pas méconnaître un claquage avec collection hématique et bien sûr nécessitant un traitement autre que la mésothérapie et aussi devant bénéficier d'un repos de plus longue durée et d'un protocole de reprise d'activités sportives spécifique.

En ce qui concerne nos élongations, nous avons utilisé :

Une mésothérapie épidermique assistée mixte point par point ciblée (IDPc) aiguille 6 mm diamètre 0,4 Associant le plus souvent, myorelaxant et / ou AINS. Le vecteur étant adapté, Procaïne* ou autre (voir plus loin), 1 ml chaque.

Une séance est pratiquée à J0, J8 puis en fonction des résultats de la reprise sportive.

L'amélioration spontanée est notée, permettant le footing modéré et la progression sportive suit dans les 3 à 4 jours.

Toute douleur persistant au-delà de J15 nous conduit à vérifier l'échographie si celle-ci n'a pas été faite.

Un protocole d'étirements actifs et passifs est entrepris à J8.

Aucune autre thérapeutique n'est associée. Hydratation diététique, geste sportif et examen morphostatique et rachidien sont vérifiés.

LES RÉSULTATS

1 LES SPORTS CONCERNÉS

Sur 192 sportifs, 43,75% pratiquent le Foot, 34,89% l'athlétisme et 7,29% le tennis.

2 LES MUSCLES CONCERNÉS

Compte tenu du recrutement sportif nous ne sommes pas étonnés de retrouver en première ligne, les ischios jambiers 41,15% puis le mollet 30,20% (Jumeau int 19,27% des 192 cas), le droit antérieur 10,9%.

4 LES RÉSULTATS

- Nombre de séances

L'ensemble du groupe a bénéficié d'**1 séance** pour 14,06% et de **2 séances** pour **70,31%** ; soit 162 sportifs sur 192 traités avec bénéfice en 1 à 2 séances de mésothérapie. Seuls 1,56% a nécessité plus de **3 séances**.

- Amélioration clinique

Subjective elle est contrôlée par la négativité des test oppositionnels musculaires.

- 115 sportifs ont vu leurs symptômes améliorés en **6 à 8 jours (59,89%)**,

- **7 jours** pour 25%.

- 23,44% ont dû attendre 10 à 15 j pour cela (9,89% en 14 j).

24 cas ont retenus notre attention, car ils ont évolués favorablement en 21 j et +, ce qui représente pour nous un **mauvais résultat (12,5%)**.

À la relecture de leur observation si 17 sportifs ont attendu + 21 j leur guérison, 75 % de ce groupe (18/24) présentait une échographie des plus limite, avec quelques signes frustrés de microrupture, ou des traces de claquage à minima assez récent. Leur clinique n'avait pas évoqué un tel diagnostic initial et la longueur d'évolution nous a amené à contrôler l'échographie.

Toute notre série a subi aucune récurrence locale à notre connaissance.

- En reprenant les blessures principales nous pouvons remarquer :

Les élongations des **ischios** ont nécessité 2 séances pour 68,38% et ont réagi au plus en 10 j pour 62% d'entre eux.

Les élongations du **Droit antérieur** ont nécessité 2 séances pour 85% et ont réagi au plus en 10 j pour 71% d'entre eux.

Les élongations du **mollet** ont nécessité 2 séances pour 73,47% et ont réagi au plus en 10 j pour 75,51% d'entre eux.

Les élongations des **adducteurs** ont nécessité 2 séances pour 69,23% et ont réagi au plus en 8 j pour 61,53% d'entre eux, et au plus en 15 j pour le reste.

Les élongations du **biceps crural** ont nécessité 2 séances pour 71,43% et ont réagi au plus en 10 j pour 64,28% d'entre eux.

- Les sports et leurs blessures

Sur une telle série il nous est apparu intéressant d'observer quelle blessure affecte le plus un sport :

- **Athlétisme** : Mollet 58,21%

- **Football** : Ischio 55,95% Droit Ant 13,09% Adducteur 7,14%

- **Tennis** : ischio 50%, mollet 21,43%

Voilà qui recadre un peu notre « recrutement », et qui peut nous permettre des axes de prévention.

- Les produits utilisés

Leur utilisation a été guidée par l'aspect échographique régulier de l'élongation (présences d'îlots musculaires inflammatoires au sein de la lésion).

Le plus souvent l'association Kétoprofène Procaïne est utilisée (89,89%) en première intention, et la présence d'une contracture marquée fait ajouter le Thiocolchicoside dans 31,77% des cas (les 3 produits).

DISCUSSION

Sur toute la série, le protocole de mésothérapie appliqué aux élongations musculaires semble apporter de bons résultats, améliorant les sportifs en 2 séances et entre 6 à 10 jours pour la plupart. Cela leur permet une reprise active en 10 à 14 jours à bon niveau et parfois moins si l'élongation est de faible importance.

Car il semble bien sûr exister des élongations plus graves que d'autres, tant par leur « volume » que par leur aspect échographique. Le respect du temps de traitement et de cicatrisation est alors gage d'efficacité et d'absence de récurrences.

Les mélanges utilisés :

Par rapport à d'autres études (Janssis, Baba & col) le traitement cherche à se rapprocher des données anatomiques constatées par échographie. Ainsi l'AINS est régulièrement utilisé, le myorelaxant, agissant alors plutôt sur la conséquence douloureuse du phénomène, passe au second plan.

Il serait bon de comparer les 2 attitudes sur un nombre aussi important de sujets, et sur des lésions musculaires équivalentes référencées sur le plan échographique. Faut-il associer systématiquement un myorelaxant à l'AINS ? Faut-il un AINS ? Ces questions restent ouvertes à d'autres études.

La réaction des localisations des blessures :

Sur la base de la résolution de la blessure en moins de 10 j, celle du Droit antérieur et du mollet semble donner de très bons résultats. Quant aux ischios jambiers et adducteur leur traitement donne de bons résultats.

Quand on connaît la tendance naturelle de ces muscles à la rétraction, on comprend aussi leur petite différence de réaction.

Cette « réceptivité » a son importance car elle nous permet de prévoir le temps de traitement, l'attente du résultat clinique en un temps donné, et bien sûr de renseigner l'athlète sur son temps d'indisponibilité sportive.

CONCLUSION

La mésothérapie est un traitement de choix des élongations quelqu'en soit leur gravité (hors rupture myofibrillaire constatée par échographie). Son efficacité est renforcée par un examen rigoureux à la recherche de signes de gravité et par la pratique conseillée de l'échographie.

Ainsi, les élongations les plus invalidantes peuvent permettre une reprise sportive assez rapide en limitant les récurrences.

BIBLIOGRAPHIE

- Actualités diagnostiques et mésothérapeutiques en traumatologie musculaire L Janssis 9° congrès international de mésothérapie
- Accidents musculaires aigus des ischiojambiers sans lésion anatomique chez 12 athlètes de haut niveau 9° congrès international de mésothérapie
- Physiologie du sport H Monod R Flandrois (Masson)
- Traumatologie sportive J Benassy (Masson)