

Le genou du footballeur

Article réalisé par le Dr. PH. LABALUE, Licencié en Médecine du Sport, Service Santé et Environnement de la Province de Liège – Département Médecine du Sport +32 (0)4 344 79 10

INTRODUCTION

La blessure hante tous les sportifs et les footballeurs professionnels en particulier.

Le genou est une articulation particulièrement sollicitée lors de la pratique du football et il ne se passe plus une semaine sans que nos quotidiens nous fassent part de l'écartement de l'un ou l'autre joueur de football suite à des blessures du genou.

Afin d'y voir un peu plus clair dans cette pathologie nous allons tout d'abord donner quelques notions d'anatomie du genou. Ensuite un lexique de termes médicaux nous permettra de mieux comprendre les lésions du genou.

Nous aborderons enfin les principales pathologies du genou et donnerons des notions de traitement.

Avant d'aborder la question on pourrait se demander pourquoi on parle de plus en plus de blessures du genou par rapport aux décennies précédentes. En fait les genoux sont particulièrement sollicités lors de la pratique du football notamment à cause de l'évolution de ce sport. Le football de haut niveau fait appel essentiellement à 2 qualités physiques qui sont l'endurance et l'explosivité ou encore la vitesse d'exécution. Les mouvements s'effectuent avec une vitesse d'exécution importante et les articulations en charge sont sollicitées particulièrement le genou.

La musculature des footballeurs est particulièrement développée, il faut bien veiller à ce que ce développement soit harmonieux. Les agonistes ne doivent pas être trop puissants par rapport aux antagonistes. En ce qui concerne le genou, les muscles qui permettent l'extension ne doivent pas être beaucoup plus puissants que ceux qui permettent la flexion.

Le fait que les genoux soient sollicités est une raison pour laquelle les blessures sont plus fréquentes maintenant mais il y en a une 2ème, c'est l'évolution de la Médecine. Les moyens de diagnostic ont fortement évolué ces dernières années et les ruptures de ligaments croisés notamment sont plus précocement diagnostiquées bien que celui-ci est essentiellement clinique.

Parallèlement à cette évolution il faut savoir que les possibilités de traitement ont nettement évolué également. Un footballeur victime d'une déchirure des ligaments croisés peut à nouveau fréquenter les terrains quelques mois après sa blessure, ce qui était rarissime il y a une trentaine d'années.

I/ ANATOMIE DU GENOU

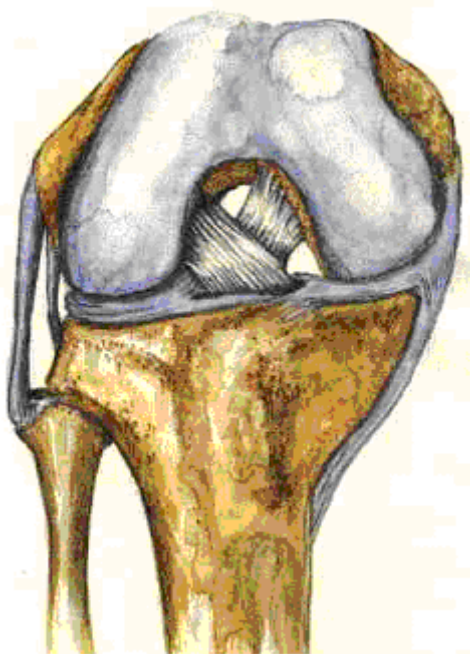


Image 1 : Genou vu de face sans la rotule (visualisation des ligaments)

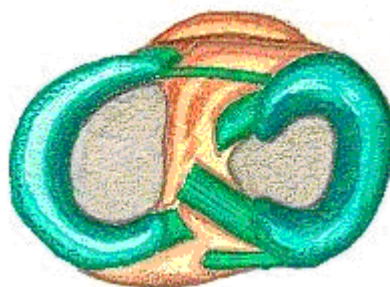


Image 2 : Vue supérieure des ménisques

Le genou est une articulation qui est très simple mais très puissante.

Cette articulation réunit 3 os : le fémur, os de la cuisse, et le tibia et le péroné, os de la jambe. Un petit os est

situé en avant appelé rotule.

Les ligaments sont des bandelettes fibreuses qui maintiennent solidaires les os de l'articulation. Les ligaments du genou unissent ainsi le fémur soit au tibia soit au péroné.

En ce qui concerne le genou on distinguera un ligament latéral interne qui intervient dans la stabilité en permettant d'éviter les mouvements vers l'extérieur.

Il y a un ligament latéral externe qui intervient dans la stabilité en évitant les mouvements vers l'intérieur.

Les ligaments croisés représentés sur le schéma jouent le rôle de pivot central, ils jouent un rôle capital dans la stabilité du genou en évitant notamment l'hyperextension.

Les ménisques

Les ménisques internes et externes du genou sont des morceaux de fibrocartilage de forme semi-lunaire disposés entre les surfaces articulaires du fémur et du tibia. Ils servent à améliorer la congruence (le bon fonctionnement) de l'articulation.

Les muscles

Il est utile d'évoquer la musculature du genou. Les muscles permettent aux articulations de se mouvoir. En ce qui concerne le genou on distinguera essentiellement les fléchisseurs et les extenseurs. Ces derniers sont situés sur la face antérieure de la cuisse avec notamment le quadriceps qui est très puissant et qui s'insère sur la partie supérieure du tibia.

Les fléchisseurs, très puissants également, sont situés à la partie postérieure de la cuisse, on les appelle les ischio-jambiers.

II/ PATHOLOGIES DU GENOU

Le genou est blessé lorsqu'il subit un mouvement de torsion anormal. On distinguera lésions discales et lésions ligamentaires.

La déchirure partielle ou complète du ménisque peut se manifester par un blocage du genou avec douleur importante, impotence fonctionnelle et parfois gonflements.

Cela arrive lors de mouvements d'hyperextension ou d'hyperflexion forcée du genou ou encore de rotation forcée du tronc sur un genou bloqué en flexion.

Les lésions méniscales sont souvent associées à des lésions ligamentaires.

Dans les lésions ligamentaires on distinguera 3 stades.

Le stade I : c'est un simple étirement du ligament latéral interne du genou.

Le stade II : c'est une rupture partielle avec mise en évidence d'une laxité en valgus de l'articulation du genou.

Le stade III : c'est la rupture ligamentaire du pivot central avec déchirure souvent du ligament croisé antérieur.

Les symptômes immédiats sont la douleur parfois l'impotence fonctionnelle et le gonflement immédiat mais souvent l'instabilité et l'insécurité de l'articulation.

III/ QUELQUES NOTIONS DE TRAITEMENT

Lors d'une entorse du genou avant de connaître la gravité et d'avoir un diagnostic précis, il ne faut jamais forcer un genou bloqué sur le terrain. En urgence il faut mettre de la glace, un bandage et une immobilisation provisoire sont souvent utiles.

L'entorse de stade I se guérit spontanément avec une dizaine de jours de repos et une prise d'anti-inflammatoires.

Le stade II sera un peu plus long et nécessitera quelques séances de kinésithérapie avec une musculation proprioceptive du genou.

Le stade III nécessite généralement une intervention chirurgicale qui se fait maintenant par arthroscopie.

L'arthroscopie

Celle-ci est une intervention chirurgicale qui se fait via 3 petits trous pratiqués autour de l'articulation. Une des ouvertures servira à introduire une caméra tandis que les 2 autres permettront l'introduction des instruments. L'entièreté de l'intervention sous l'œil de la caméra. L'arthroscopie peut être diagnostique et permettre de voir l'étendue des lésions mais permet aussi de traiter et de guérir par différentes techniques. La convalescence est de 4 à 6 mois après une intervention au niveau des ligaments croisés du genou. La rééducation est très importante, le but est de retrouver une musculature parfaitement développée avec une synergie totale entre les fléchisseurs et les extenseurs du genou. Différents moyens de rééducation sont à la disposition des sportifs. Signalons que la rééducation dans l'eau, l'hydrothérapie, est excellente et constitue un excellent moyen d'améliorer la proprioception du genou qui est capitale dans la stabilité de celui-ci.

CONCLUSION

Nous rappellerons que le genou est un élément anatomique majeur pour la pratique du football. Cette

articulation est très puissante mais fragile et souvent lésée. Autant l'entorse du genou était un diagnostic dramatique pour le footballeur il y a quelques décennies, autant il est devenu bénin actuellement grâce à l'évolution des techniques chirurgicales et de rééducation. Les footballeurs reviennent rapidement sur le terrain après blessure.

Nous avons évoqué les problèmes ménisco-ligamentaires du genou mais bien d'autres pathologies existent au niveau de cette articulation, notamment les problèmes tendino-musculaires, cartilagineux et dégénératifs. Ceux-ci pourraient faire l'objet d'un autre article.

Dr. Ph. LABALUE,
Licencié en Médecine du Sport.