

Prise en charge d'une tendinopathie achilléenne

Définition

Pathologie du tendon d'Achille se manifestant par des douleurs pouvant entraîner un arrêt du sport. L'origine est bien souvent multifactorielle et demande une analyse fine du mécanisme d'apparition.

Il apparaît cependant que le système propulseur soit à l'origine de cette pathologie associée à des problèmes de stabilité du pied lors de l'activité sportive.

Il est important de déterminer si nous avons un tableau de tendinite pure ou un tableau de tendinose (plus fréquente) faisant suite à de multiples traumatismes du tendon.

Classification selon Blazina

- **Stade 1** : douleur survenant après l'effort, sans répercussion sur l'activité sportive.
- **Stade 2** : douleur en début d'activité, disparaissant après l'échauffement et réapparaissant après l'exercice.
- **Stade 3** : douleur pendant et après l'activité, avec altération progressive des performances sportives.
- **Stade 4** : rupture tendineuse. Impotence fonctionnelle majeure.

Examen clinique

- Douleur réveillée par étirements en charge (fig. 1).
- Douleur réveillée par contraction du triceps (fig. 2).
- Examens podologique et des mobilités
- La palpation permet de préciser le siège de la tendinopathie.
- Examen des chaussures (asymétrie d'usure par exemple).

À cet examen clinique standard pourra être ajouté un bilan postural. Cet examen peut se révéler riche d'enseignement. Il permet d'évaluer des troubles du schéma postural et d'évoquer des lésions primaires, la tendinopathie étant bien souvent un

phénomène lésionnel. Cet examen sera réalisé sur plate-forme de stabilométrie (fig. 3, page suivante).

Cas particulier : la rupture du tendon

Devant un tableau de traumatisme du tendon d'Achille, il est important d'évaluer son intégrité. Le signe de Thompson-Campbell permet d'orienter vers une rupture complète. La manœuvre consiste en une pression du mollet. Celle-ci ne provoque pas de flexion plantaire du côté rompu (fig. 4, page suivante). Le signe de Brunet-Guedj*, associé au précédent, permet d'orienter fortement le diagnostic.



► Figure 1

Étirement en charge du triceps sural



► Figure 2

Contraction du triceps sural

Patrick DORIE

Kinésithérapeute
Membre de la SFMKS
Bourges (18)

Franck LAGNIAUX

Kinésithérapeute
M2SDE
Membre de la SFMKS
Pierrefitte (93)

* Signe de Brunet-Guedj :
perte de l'équin
physiologique en
décubitus ventral, les
deux pieds en dehors
de la table d'examen.



► Figure 3

Bilan postural sur plate-forme de stabilométrie



► Figure 5

Angle de Djian-Annonier

Intérêt de l'imagerie médicale

■ Radiographie standard

Son intérêt est limité. Elle permet d'évaluer la présence d'un pied creux ou plat, de visualiser la présence d'une calcification ou d'un ostéophyte.

L'angle de Djian-Annonier (fig. 5) : angle de la droite joignant le pôle inférieur du sésamoïde



► Figure 4

Mise en évidence du signe de Thompson

interne et le point le plus bas de l'articulation et de la droite passant par ce dernier et le point le plus bas du calcaneus. Cet angle est normalement compris entre 120 et 125°, augmente en cas de pied plat, et diminue en cas de pied creux.

Toutes modifications de la statique du pied pourra entraîner une perturbation des appuis, et être à l'origine de sollicitations anormales au niveau du tendon d'Achille.

■ Échographie – IRM

C'est un examen important à réaliser afin de visualiser une tendinose fusiforme ou nodulaire. Il permet également d'éliminer des fissures du tendon.

Traitement

■ Repos sportif

- Il sera **inutile** si les douleurs disparaissent à l'échauffement.
- Il pourra être **relatif** si l'activité est infra-douloureuse.
- Il sera **complet** en période aiguë. Cette période devra être la plus courte possible.

■ Correction

Une correction des éventuelles perturbations podologiques (orthèses, talonnettes) pourra être proposée.



► Figure 6

Travail excentrique type Stanish



► Figure 7

Ondes de choc sur le tendon achilléen

En phase algique, les talonnettes sont prescrites en bilatéral pour limiter les phénomènes de compensation.

■ Traitement kinésithérapique —

- MTP.
- Cryothérapie.
- Physiothérapie : ultrasons, courants type TENS.
- Application d'huiles essentielles de gaulthérie (dilution à 50 %) associée à l'argile.
- Reprogrammation du schéma postural (correction des appuis).
- Normalisations ostéo-articulaire (en fonction du bilan).
- Étirements.
- Travail excentrique type Stanish (fig. 6).
- Ondes de choc (dans le cas de tendinose) (fig. 7) : le seul moyen de renforcer et de traiter le tendon consiste à le soumettre à des contraintes. C'est dans le même esprit que nous justifions l'emploi d'ondes de choc qui peuvent paraître agressives dans un premier temps. Pour une meilleure efficacité, elles devront être associées à un travail excentrique.

Protocole :

- 2 000 chocs ;
- 15 Hz/12 Hz ;
- 2 Bar.

Principes à respecter :

- diagnostic précis indispensable ;

- bilan échographique indispensable ;
- informer le patient sur la thérapie par ondes de choc, et en particulier sur les effets attendus et les éventuels effets secondaires.

Conclusion

Cette pathologie très fréquente doit être analysée avec précision afin d'en déterminer les causes. Des bilans précis devront être réalisés évoquant les mécanismes d'apparition. ✕



RÉFÉRENCES

- [1] Chanussot, JC, Danowski RG. *Rééducation en traumatologie du sport*. 4^e édition. Paris : Éditions Masson, 2005 : 227-97.
- [2] Arnaud-Ulliet V, De Lecluse J, Sabourin F. La tendinite d'Achille : place des traitements médicaux. *Revue du Rhumatisme et des Maladies Ostéo-Articulaires* 1989;Vol.56;n°6;467-9.
- [3] Stanish WD, Rubinovich RM, Curwin S. Eccentric exercise in chronic tendinitis. *Clinical Orthopaedics and Related Research* 1996;n°208;:65-8.