Tendinopathies rotuliennes bilatérales chez un sportif amateur : clinique, imagerie et prise en charge

Frédéric Benny R1 médecine familiale, CLSC des Faubourgs

Introduction

Cet article présente un cas de tendinopathies rotuliennes bilatérales chez un joueur de soccer amateur pour lequel une imagerie par résonance magnétique (IRM) démontre des anomalies notables. Cet article soulève la question de la prise en charge initiale du patient en fonction des paramètres cliniques et radiologiques d'un tel cas.

Étude de cas

Un joueur de soccer amateur de 37 ans, auparavant en bonne santé, se présente chez son médecin de famille avec un tableau de douleurs à la face antérieure des genoux. Celles-ci sont présentes depuis plus de cinq ans, d'installation progressive et apparaissant initialement après chaque partie de soccer. Depuis un an, les douleurs sont constantes, pire à la montée des escaliers, accompagnées d'oedème léger, soulagées partiellement par les anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS) et le repos. Il n'y a aucune notion de trauma ni de chirurgie antérieure. Après trois mois de traitement conservateur (glace, repos relatif) et de physiothérapie axée sur le renforcement musculaire des membres inférieurs (sans autre précision), le patient est envoyé pour une IRM des genoux.

Le patient nous est référé en médecine sportive. À l'examen, la palpation des tendons est douloureuse directement sous les rotules et l'extension résistée évoque ses douleurs. À gauche, il y a oedème pré-rotulien. L'IRM montre une déchirure à l'origine du tendon rotulien (1 cm médio-latéral et 50% de l'épaisseur du tendon) avec oedème osseux réactif au niveau du pôle inférieur de la rotule et une chondropathie légère à droite. À gauche, il y a déchirure des fibres profondes à l'origine du tendon rotulien (1,2 cm médio-latéral et 50% de l'épaisseur du tendon) sur un fond de tendinopathie modérée, ainsi qu'une chondropathie rotulienne avec fissure profonde.

Discussion

La prise en charge initiale de la tendinopathie rotulienne (*Jumper's knee*) est similaire au traitement des autres tendinopathies : le repos relatif, la glace, les massages, les AINS et les exercices de renforcement[1]. Plus précisément, les études suggèrent les exercices de renforcement musculaire excentriques[2-3]. Un récent essai clinique randomisé suggère même que la chirurgie n'aurait pas d'avantage sur le retour aux activités à un an par rapport à ce type d'exercices[3]. La question soulevée par notre étude de cas est de savoir si les indices cliniques et radiologiques nous permettent de nous

orienter vers un traitement chirurgical plutôt que conservateur. Or, les études suggèrent qu'il faut entre trois et douze mois de traitement conservateur rigoureux avant d'évoquer la possibilité d'une chirurgie[1-2-7-8].

Dans le cas qui nous intéresse, bien que les douleurs perdurent depuis cinq ans, une prise en charge avec suivi rigoureux des exercices de renforcement n'a pas eu lieu sur une période suffisante pour considérer qu'il s'agisse bien d'un échec au traitement conservateur et justifiant de s'orienter d'emblée vers une chirurgie. De plus, il ne s'agit pas d'un athlète d'élite ou d'une atteinte fonctionnelle critique qui pourrait justifier une conduite plus agressive. Quant aux trouvailles radiologiques, plusieurs études ont montré une pauvre corrélation entre les résultats d'IRM et les symptômes[4-5]. Près de la moitié d'un groupe contrôle (sans tendinopathie clinique) avait des changements équivoques à la résonance, notamment en ce qui concerne l'épaisseur des tendons et l'hypersignal.

Parmi les indices de tendinopathies habituellement décrits, notons l'épaississement du tiers proximal du tendon (qui s'avère l'indice le plus fiable selon certains auteurs[6]), l'hypersignal dans la partie supérieure, postérieure et centrale au site d'attache, l'oedème osseux réactif, ainsi que la déchirure partielle du tendon. Cette dernière trouvaille est souvent fortuite et donc peu spécifique. L'indication chirurgicale pour une déchirure partielle du tendon rotulien demeure donc l'échec au traitement conservateur[7]. La sensibilité et la spécificité de l'IRM pour détecter les tendinopathies rotuliennes serait de 78% et 86% respectivement[8].

Bien que les études aient aussi démontré une corrélation entre les trouvailles radiologiques et l'histologie des tissus réséqués[9], aucune étude à notre connaissance ne recommande d'emblée la chirurgie basée sur de telles trouvailles radiologiques. D'ailleurs, il semble que des critères radiologiques de tendinopathie puissent persister au-delà d'un an après la chirurgie et ce, malgré une amélioration clinique significative[5]. Il est difficile de statuer sur l'état de la réadaptation à partir des images obtenues.

En somme, bien que le diagnostic clinique soit étayé d'informations radiologiques de plus en plus disponibles et précises, la prise en charge de la tendinopathie rotulienne demeure avant tout conservatrice sauf quelques rares exceptions (athlètes, rupture complète du tendon, etc.). La corrélation clinique et radiologique n'est pas suffisamment solide et l'IRM permet surtout de localiser les dommages en vue d'une éventuelle chirurgie, en plus d'exclure toute autre pathologie.

Dans notre cas clinique, les blessures chroniques du patient méritent une prise en charge conservatrice rigoureuse et soutenue avant de conclure à un échec au traitement, auquel cas la question de procéder à une chirurgie ou non méritera d'être posée. Par ailleurs, il serait intéressant de s'intéresser aux nouvelles modalités thérapeutiques comme les injections de plasma riches en plaquettes de même que les timbre de nitroglycérine avant de proposer une chirurgie à notre patient.

Références

1-K M Khan et coll.,Patellar tendinopathy: some aspects of basic science and clinical management. *Br J Sports Med* 1998;32:346-355

2-Bahr R, Fossan B, Loken S,*et al.*Surgical treatment compared with eccentric training for patellar tendinopathy (Jumper's knee). A randomized, controlled trial.*J Bone Joint Surg Am* 2006;88:1689–98.

3-Visnes H, Bahr R: The evolution of eccentric training as treatment for patellar tendinopathy (jumper's knee): a critical review of exercise programmes. *Br J Sports Med* 2007, 41(4):217-23.
4-Shalaby M, Almekinders LC. Patellar tendinitis : the significance of magnetic resonance imaging findings. *Am J Sports Med* 1999;27:345-9.
5- Khan KM, Visentini PJ, Kiss ZX, et al. Correlation of US and MR imaging with clinical outcome after open patellar tenotomy: prospective and retrospective studies. *Clin J Sports Med* 1999;9:129-37.
6- Johnson DP, Wakekey CJ, Watt I. Magnetic resonance imaging of patellar tendonitis. *J Bone Joint Surg Br*. 1996;78 (3):452-7.
7- Brukner P, Khan K, Clinical Sports Medicine 3e rev, McGraw-Hill Professionnal, 2009. 1084p.
8- Wilson JJ, Best TM. Common overuse tendon problems: A review and recommendations for treatment.*Am Fam Physician*. 2005 Sep 1;72(5):811-8.
9- Yu JS, Popp JE, Kaeding CC, Lucas J. Correlation of MR imaging and pathologic findings in athletes undergoing surgery for chronic patellar tendinitis. *AJR Am J Roentgenol.* 1995 Jul;165(1):115-8.
10- Khan KM, Visentini PJ, Kiss ZS, Desmond PM, Coleman BD, Cook JL, Tress BM, Wark JD, Forster BB.Correlation of ultrasound and magnetic resonance imaging with clinical outcome after patellar tenotomy: prospective and retrospective studies. Victorian Institute of Sport Tendon Study Group.*Clin J Sport Med*. 1999 Jul;9(3):129-37