

Genoux « à risque » chez les sportifs

Mots clés :

Arthrose
Genou
Prévention
Prévention
secondaire
Sport

Le risque de gonarthrose, chez un sujet génétiquement prédisposé (40 à 60% des cas d'arthrose¹), est en partie lié à l'âge, facteur de risque non modifiable... Il est aussi lié à divers facteurs biomécaniques : surcharge pondérale, bien qu'il soit difficile d'établir si et avec quelle amplitude la perte de poids modifie ou évite le développement d'une gonarthrose précoce ; réduction de force musculaire et défauts d'alignement des surfaces articulaires². Le rôle des lésions traumatiques du genou a été davantage étudié du fait de l'épidémie croissante de traumatismes sportifs et des interventions réparatrices. Une revue générale canadienne (113 références), dont les données sont résumées ci-dessous, montre que nombre de gonarthroses pourraient être évitées ou retardées³.

Traumatologie du genou sportif

Elle va des contusions simples à des lésions chondrales ou sous-chondrales compliquées ou non d'atteinte méniscale et/ou ligamentaire. Dans les sports les mieux étudiés, même les traumatismes n'ayant pas nécessité d'avis médical apparaissent comme facteurs de risque de gonarthrose. L'incidence augmente pour les sports qui supposent des mouvements de cisaillement, saut et pivotement, notamment chez les jeunes sportives (2 à 8 fois plus de risques que les jeunes sportifs pour les mêmes activités).

Les ruptures des ligaments croisés antérieurs (LCA) sont responsables d'une gonarthrose sur 4 ; 80% des anciens footballeurs ayant eu une telle rupture, avec ou sans réparation chirurgicale, ont une gonarthrose radiologique 12 à 14 ans plus tard, 70% un handicap fonctionnel. De longs suivis de cohorte ont montré que malgré le résultat chirurgical favorable à court terme, une gonarthrose douloureuse et invalidante se développe vers la trentaine ou un peu plus tard chez environ 50% de ceux qui ont eu des lésions du LCA.

Si la pathologie dégénérative méniscale, facteur significatif de gonarthrose, atteint 1 quinquagénaire sur 3 en population générale, les lésions méniscales du jeune sportif majorent ce risque, multiplié par 6 en cas de ménissectomie.

Peut-on prévenir les lésions du genou sportif ?

Les données sur l'efficacité des genouillères, particulièrement étudiées chez les joueurs de football et de football américain, sont contradictoires. Plusieurs études ont montré le danger des sols durs, d'autres inversement le rôle protecteur du froid. Des études randomisées ont surtout montré qu'un entraînement

spécifique et un échauffement avant-match réduisaient de 41 à 88% le risque de lésions du genou.

Que faire en cas de traumatisme ?

La chirurgie du LCA restaure la fonction à court terme mais ne prévient pas la gonarthrose. Il n'existe d'ailleurs pas d'indicateurs réellement prédictifs de la stabilité dynamique et de l'état fonctionnel du genou après chirurgie. De même, la ménissectomie est associée à un risque élevé de gonarthrose ultérieure, d'autant plus élevé qu'elle a été plus large. La chirurgie arthroscopique, pourtant prometteuse dans des études non contrôlées, n'est pas plus efficace.

La rééducation (réadaptation neuromusculaire) réduit le risque de gonarthrose plus que la chirurgie chez des patients acceptant par ailleurs de réduire leur activité, comme l'a montré un suivi de cohorte sur plus de 15 ans. Un récent essai randomisé chez des patients atteints de rupture du LCA a montré par ailleurs une équivalence fonctionnelle à 2 ans entre chirurgie immédiate avec rééducation structurée et rééducation d'abord avec chirurgie optionnelle secondaire, mais la seconde option a permis d'éviter 60% des reconstructions.

L'effet préventif sur la gonarthrose d'activités physiques modérées après blessure au genou n'a pas été suffisamment étudié pour conclure. Mais il est démontré en population « tout-venant » que l'activité physique modérée joue un rôle significatif dans la prévention de l'arthrose du genou chez des sujets prédisposés. En règle générale, la perte de force musculaire du quadriceps et des muscles du membre inférieur est en soi facteur de risque de gonarthrose, ce qui incite les « traumatisés du genou » à poursuivre une activité physique régulière adaptée à leur handicap.

Que retenir pour notre pratique ?

La prévention de la gonarthrose débute dès l'enfance. Le bénéfice d'une activité physique régulière sur la masse osseuse, la force musculaire, la souplesse articulaire, la prévention de l'obésité, n'est plus à démontrer...

Chez les jeunes candidats à des sports « à risque », il est important de repérer les sujets prédisposés à la gonarthrose, notamment en cas d'histoire familiale ; à retenir lors de la délivrance d'un de ces « certificats » sportifs si souvent demandés au médecin traitant ?

La prévention secondaire, après un premier accident, impose une remise en cause de l'activité pratiquée et une réorientation vers d'autres disciplines. Ce n'est pas si simple lorsqu'il s'agit de prévention à très long terme...

Références :

- 1- NICE. Osteoarthritis. National clinical guideline for care and management in adults. 2008.
- 2- Fransen M, McConnell S. Exercise for osteoarthritis of the knee. Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews 2008 Issue 4.
- 3- Ratzlaff CR, Liang MH. Prevention of injury-related knee osteoarthritis: opportunities for the primary and secondary prevention of knee osteoarthritis. Arthritis research & therapy. 2010;12:215-22.