



Ateliers de médecine du sport

Semaine à l'étranger 2025

Avertissement

- Droits d'usage
 - Cette présentation est destinée à l'usage strictement personnel des membres de la SSMG. Elle ne peut en aucun cas être publiquement diffusée ou partagée

Cas n° 1

- Un volleyeur de 45 ans
 - ❑ Il y a 15 jours, en réceptionnant une balle, il ressent une vive douleur au majeur gauche. Il constate alors que la dernière phalange est en position de flexion, Il ne parvient plus à l'étendre activement.
 - ❑ Quel est votre diagnostic ?
 - ❑ Quel attitude proposez-vous ?

Cas n° 1

- Le Mallet Finger



Traumatismes fréquents des doigts

- Le Mallet finger

1. Immobilisation

- Attelle de Stack, ou équivalent
- Même si trauma date de > 2 – 3 semaines
- 24h/24 !!!

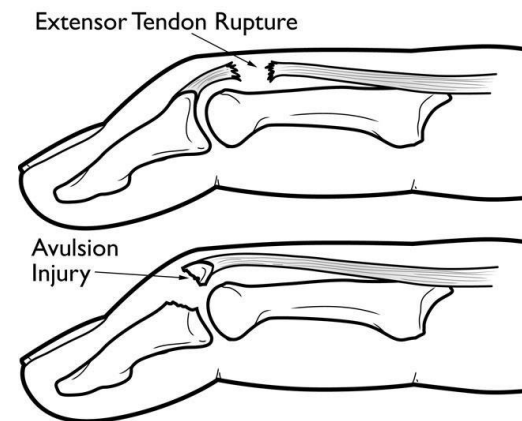
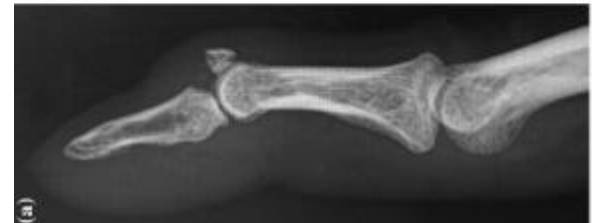


Traumatismes fréquents des doigts

- Le Mallet finger

2. Radiographie (en extension)

- Précise la durée d'immobilisation
 - # -> 6 à 8 semaines
 - **Pas de #** -> 8 à 12 semaines



Traumatismes fréquents des doigts

- Le Mallet finger

3. Quand envoyer au spécialiste ?

- # déplacée



- Jersey finger ("Mallet inverse")

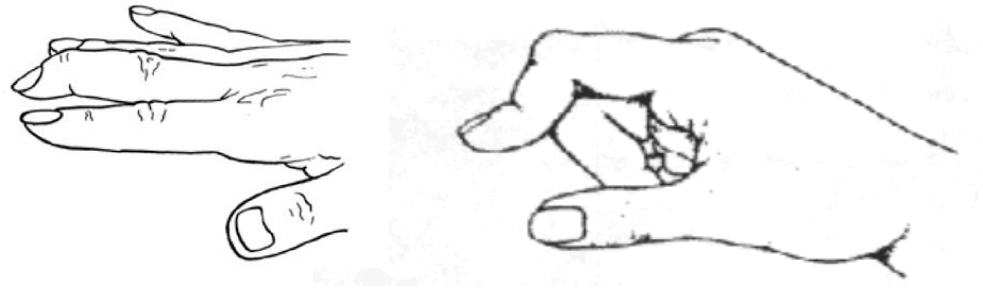


Traumatismes fréquents des doigts



- Première approche en aigu

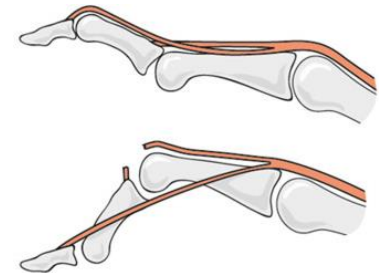
Rupture tendon, # déplacée, lésion neuro ?



Autre Trauma tendineux doigts longs

- Doigt en boutonnière

- Lésion bandelette dorsale médiane



- Diagnostic : Impossibilité extension active IPP -> ECHO si ?
- Traitement : Attelle 6 SEM

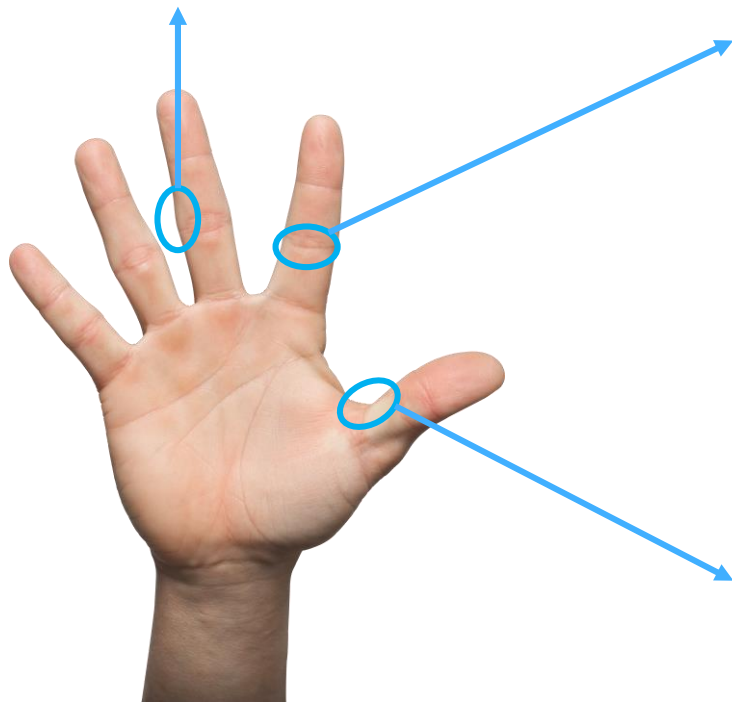
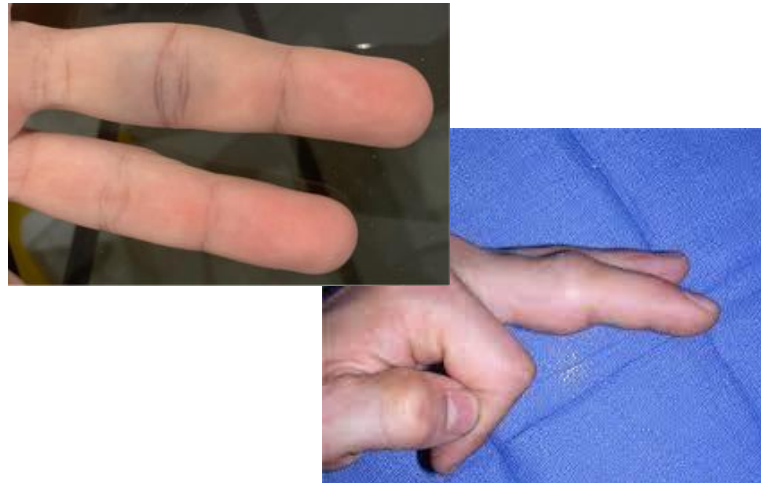


Traumatismes ligamentaires des doigts

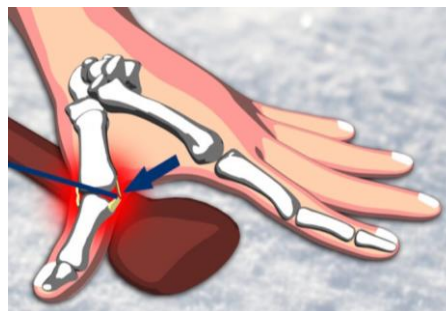
- Entorse latérale IPP



- Entorse palm / lux dorsale IPP



- Entorse interne Pouce (Mc-P)



Traumatismes ligamentaires des doigts



- Entorse latérale IPP

- Douleur, raideur

- **Ne pas trop immobiliser !**

- Comment immobiliser ?

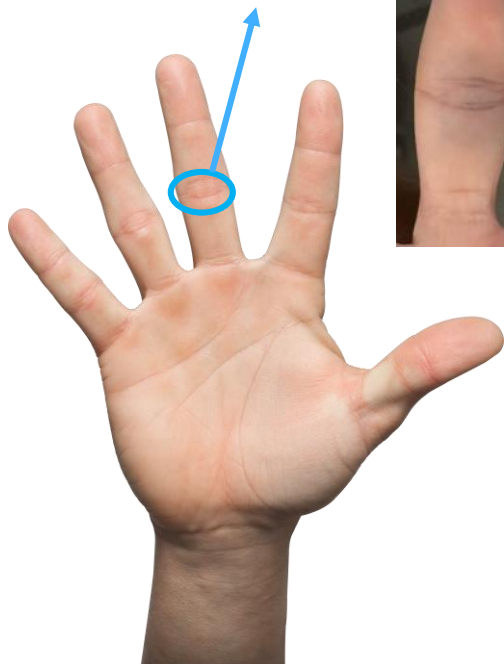
- Syndactylie 10 Jours - 3 SEM



- Si laxité + -> 2 SEM Attelle -> 2 SEM Syndact



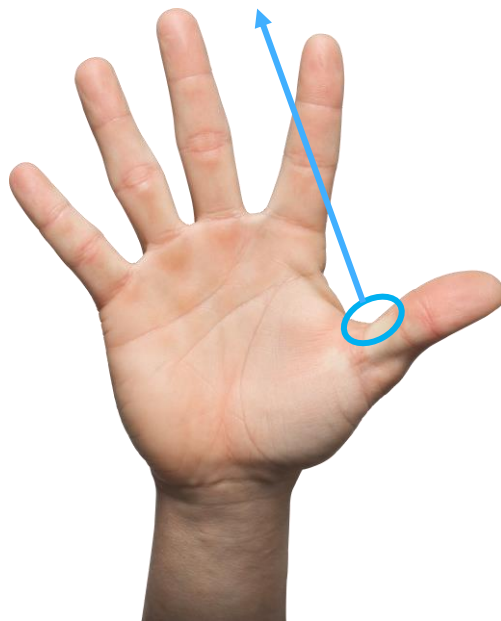
Traumatismes ligamentaires des doigts



- Entorse palmaire / lux dorsale IPP
 - Raideur ++, douleur
 - Immobiliser, mais pas trop !
 - ❑ Luxation : réduire d'emblée
 - ❑ Comment immobiliser ?
 - Syndactylie 4 SEM



Traumatismes ligamentaires des doigts



- Entorse interne pouce (MC-P)

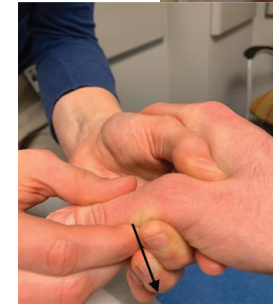
- **Instabilité !**
- **Immobiliser ou référer !**

- Quand référer ?

- Gonflement ++
- Instabilité / laxité

- Sinon ?

- Gantelet Mc-P
4 – 6 SEM

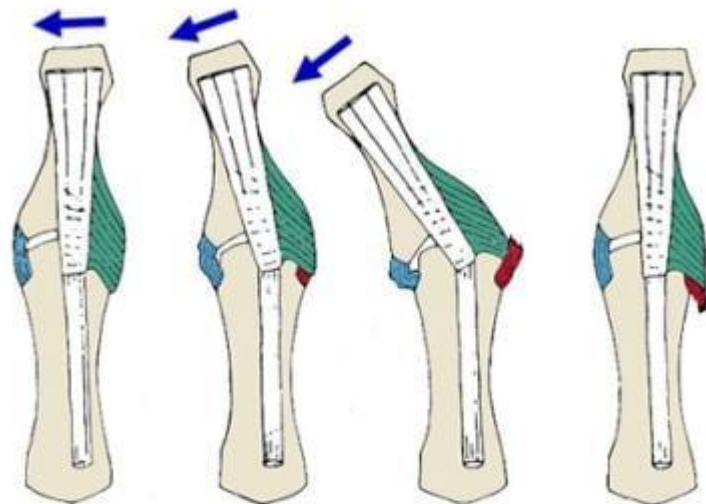


Traumatismes ligamentaires des doigts

- Entorse interne du pouce (Mc-P)

□ Pourquoi référer ?

- Rétraction des moignons ligamentaires
- Effet Stener



Deforming Force	←
Adductor Aponeurosis	■
Ulnar Collateral Ligament	■
Radial Collateral Ligament	■

Traumatismes fréquents des doigts

- En cas de fracture

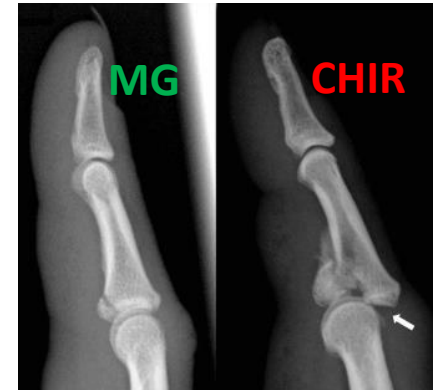
- **Référer ou pas ?**

- ☐ Si # déplacée (ou $> 1/3$ surf artic)

- Référer

- ☐ Sinon

- Immobilisation 4 SEM

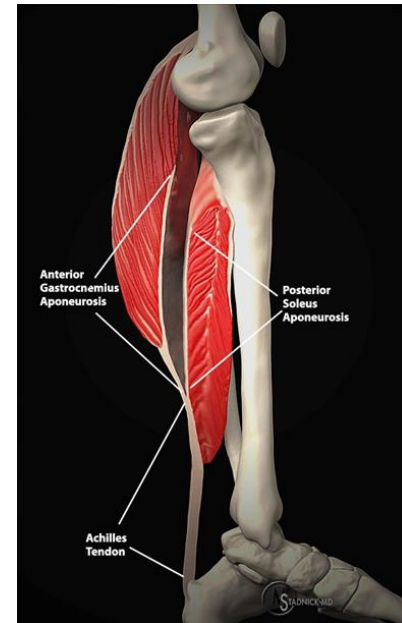
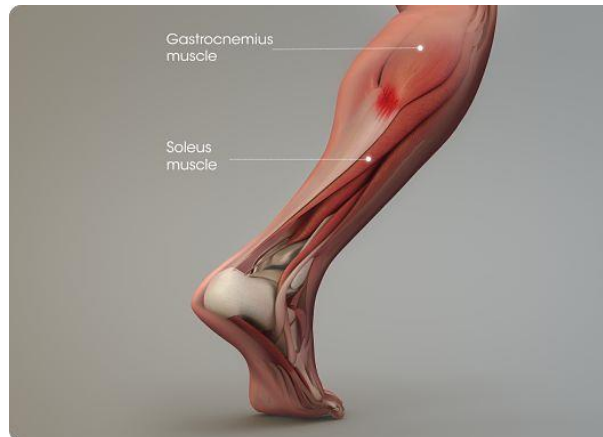


Cas n° 2

- Un tennisman de 45 ans
 - L'avant-veille, en allant chercher une balle au filet, il ressent une vive douleur à la face postérieure de la jambe, comme un coup qu'on lui aurait donné. Il arrive chez vous en boitant
 - A quel(s) diagnostic(s) songez-vous ?
 - Comment allez-vous le préciser ?
 - Quelle prise en charge proposez-vous ?

Cas n° 2

- Tennis leg (désinsertion Jumeau Interne/Soléaire)
 - ❑ A ne pas confondre !
 - ❑ A risque de récurrence !



Cas n° 2

- Tennis leg

- Approche clinique

- A cru recevoir un coup
 - Boiterie
 - sur *pointe des pieds*
 - Allure jambe – mollet variable
 - Peu de choses ↔ +++
 - Palpation
 - D+ postéro-médiane, mi-hauteur
 - Test du jumeau interne (*genou en extension !*)
 - Etirement, contraction isométrique -> D+



Tennis leg

- A ne pas confondre avec autres mollets douloureux

- **Rupture tendon d'Achille**

- Dès 25-30 ans
- ATCD : pas de "tendinite", éventuelle rupture c/latérale, quinolones ?
- Coup ressenti (= tennis leg)
- Boiterie pied à plat (>< tennis leg)
- Clinique : sillon palpé, chute du pied, signe de Thompson



Tennis leg

- A ne pas confondre avec autres mollets douloureux

❑ TVP (TVS)

- D+ d'apparition spontanée
- ATCD ou contexte à risque
- Pas de réel handicap locomoteur
- Pas d'ecchymose
- Parfois 2^{daire} à Tennis leg



❑ Rupture kyste poplité

- D+ d'apparition spontanée
- Souvent : ATCD récents douleur genou
- Pas de réel handicap locomoteur
- Mollet diffusément œdématié
- Ecchymose +/-

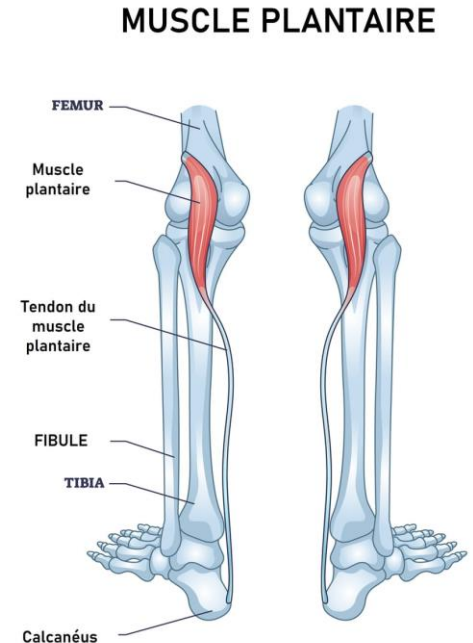


Tennis leg

- A ne pas confondre avec autres mollets douloureux

□ Tendon plantaire grêle (prévalence > 80 %)

- Présentation = Tennis leg
- Différences avec tennis leg
 - Douleur plus médiane
 - ECHO souvent "négative" (>< clinique)
 - Pronostic bien meilleur



Tennis leg

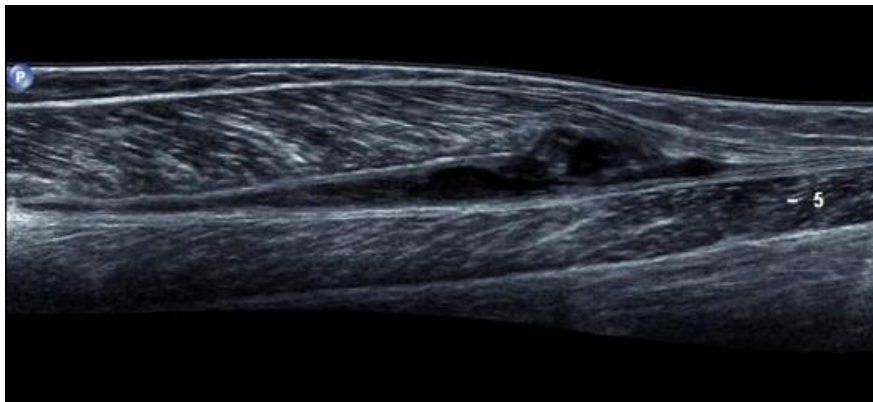
- Attitude immédiate

- Mesures de base

- Glace, surélévation, compression, béquillage, talonnette

- Echographie (> 2 à 4 jours)

- Diagnostic différentiel (+/- exclure TVP 2^{daire})
 - Pronostic et prise en charge
 - Si hématome (> 1 à 2 cm épaisseur) -> ponction (sous Echo)
-> Ctrl / 10 – 15 J -> Re-ponction ?



Tennis leg

- **Prise en charge**
 - ❑ **KINE** - Dès lésion significative à l'écho
 - Pas avant 3 semaines, mais durant > 3 semaines !
 - ❑ Entretiens : vélo, crawl
- **Les cas rebelles -> Echo**
 - ❑ **Œdème persistant** -> TVP 2^{daire} ?
 - ❑ **Gêne persistante** -> Hématome enkysté ? -> Ponction
 - > Cicatrice fibreuse ? -> KINE (MTP)

Cas n° 3

- Une basketteuse, une joggeuse, une volleyeuse
 - ❑ Hier soir, elle se tord la cheville droite et ressent une douleur à la malléole externe. Elle applique de suite un cold-pack. Ce matin, elle arrive en boitillant. Il existe un œdème modéré en regard de la malléole externe.
 - ❑ Quelle est votre hypothèse diagnostique ?
 - ❑ Quelle est votre approche clinique ?
 - ❑ Demandez-vous un examen d'imagerie ?
 - ❑ Quelle prise en charge proposez-vous ?
(supposant la RX négative si vous l'avez demandée)

Cas n° 3

- L'entorse latérale de cheville



L'entorse latérale de cheville

- Est-ce bien une entorse ?
 - ❑ **Âge 18-60**
 - Enfant, Ado -> toute entorse = décollement épiphysaire
 - ❑ **Handicap +/-**
 - 4 pas ? (Ottawa) -> Peu fiable (spécificité < 50 %)
 - ❑ **Ecchymose +/-**
 - **Plantaire ?** -> # ?!
 - ❑ **Œdème +/-**
 - Pré-malléolaire ext.

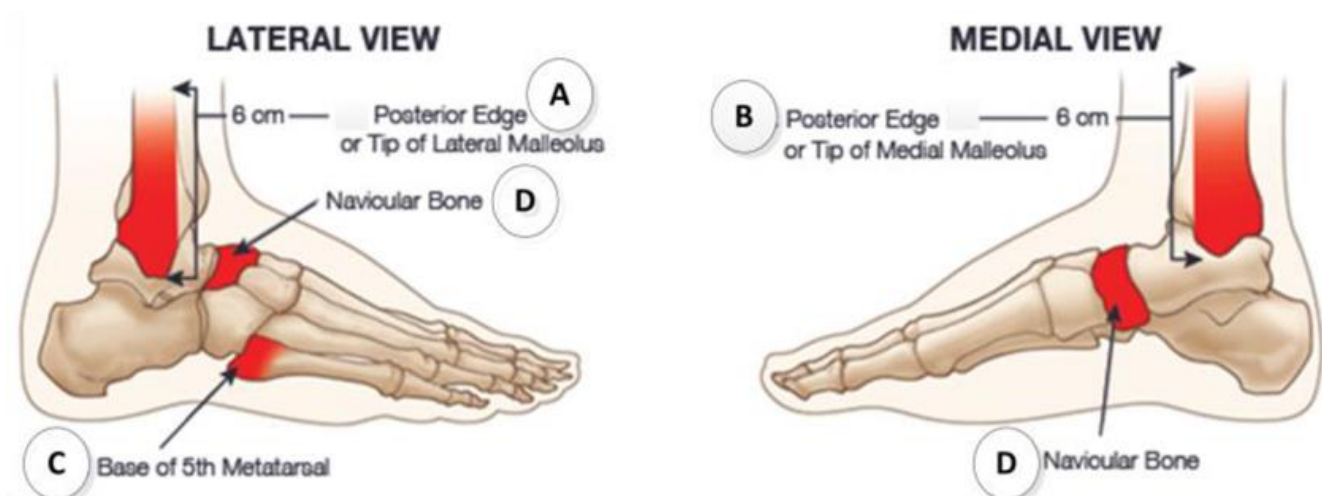


L'entorse latérale de cheville

- Est-ce bien une entorse ?

□ Palpation

- N'y a-t-il pas de # (Ottawa) ? -> RX !

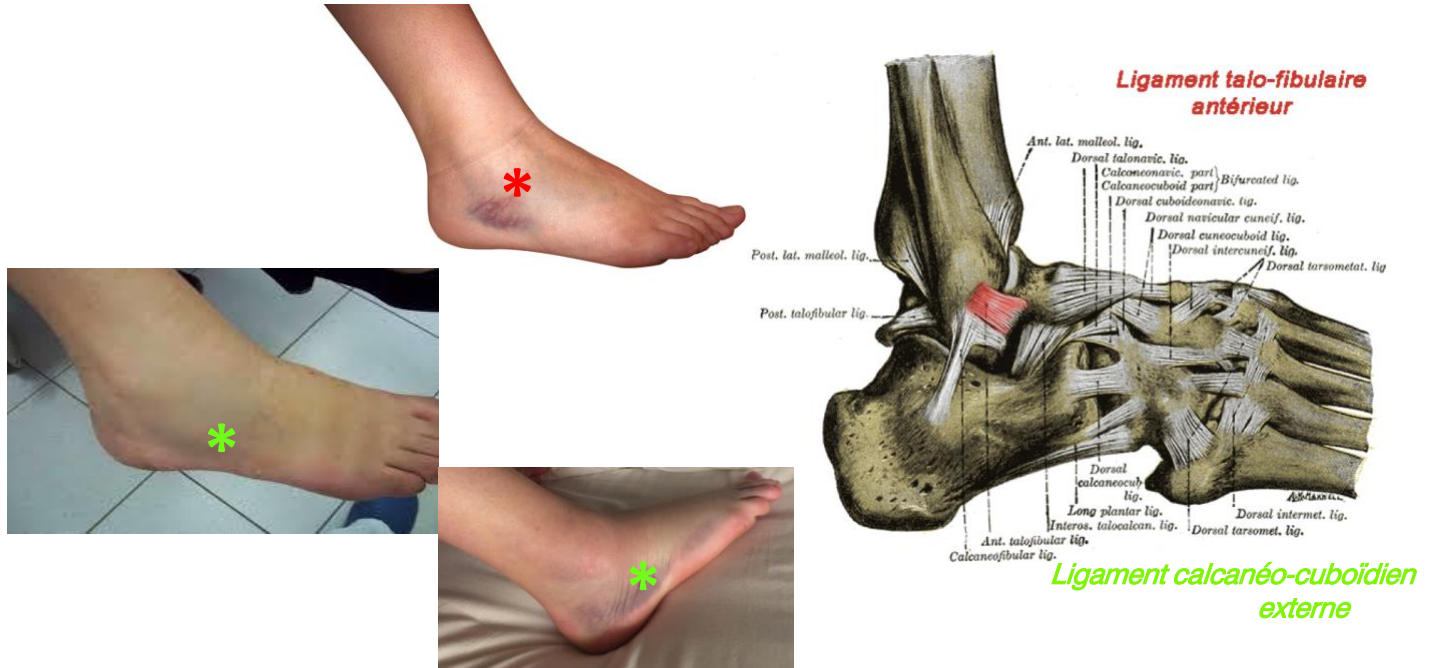


L'entorse latérale de cheville

- Est-ce bien une entorse ?

□ Palpation (suite)

- N'est-ce pas une entorse du Chopart ?



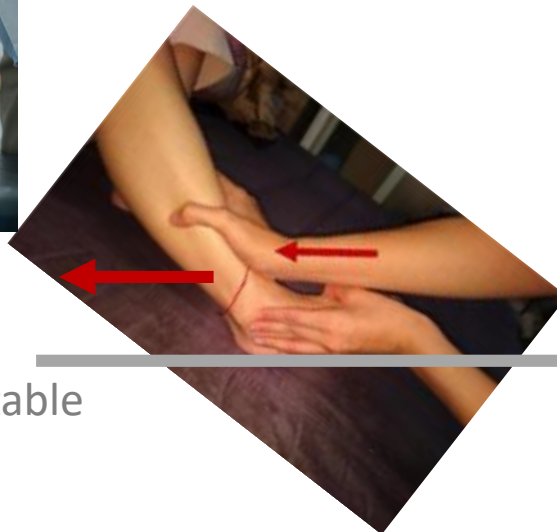
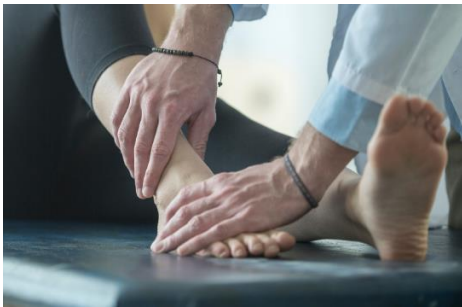
L'entorse latérale de cheville

- Est-ce bien une entorse ?

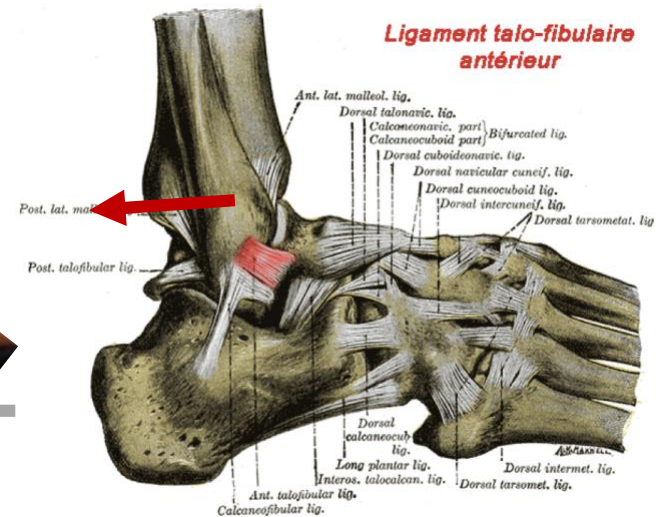
□ Test du tiroir antérieur (comparé)

- Est-ce bien une entorse (moyenne à grave) ?

① *DD antécédent d'entorse non traitée ?!*



Plan de la table



L'entorse latérale de cheville

- Prise en charge

- D'emblée

- Ni gonflement, ni tiroir -> Repos (+/- tape, chevillière 2 SEM)
 - Doute -> Attelle (3 SEM) -> Revoir à 3 SEM
 - Gonflement ++ -> Repos, surélévation, glace
-> Revoir à 3 jours (dégonflement) -> **Tiroir !**

- Tiroir ⊕

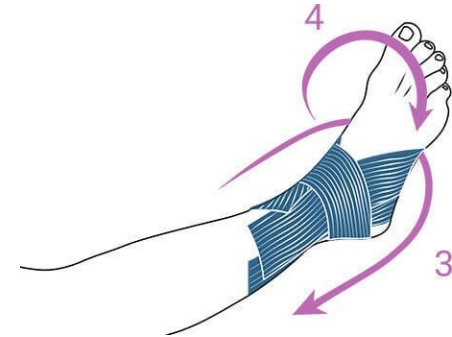
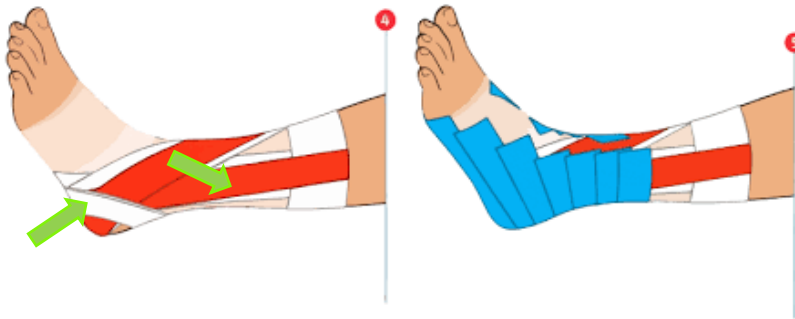
- Attelle 4 à 6 SEM



L'entorse latérale de cheville

- Prise en charge

- Taping ?



- A chacun de voir ...
- Personnellement -> jamais car...
 - Fastidieux (prend du temps si on veut bien le faire)
 - Doit nécessairement être renouvelé -> Coût ! Compliance ?
 - Efficacité < Attelle
 - Risque d'intolérance cutanée
 - Non applicable si œdème encore présent au moment de la pose

L'entorse latérale de cheville

- Suivi (3 à 6 SEM plus tard)

1. Cicatrisation Ok ?

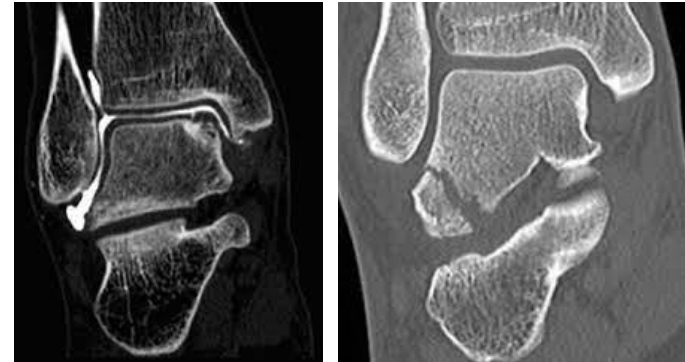
- Tiroir antérieur

2. Cheville dégonflée ?

- **Non** -> Avec D+ -> IRM, Arthroscan (# ostéochondrale,... ?)
-> Sans D+ -> Ponction

3. KINE (toujours) !!

- Proprioception
- Mobilisation (flexion dorsale)



L'entorse latérale de cheville

- Une cheville qui ne récupère pas malgré bonne KINE ?

❑ A rechercher !

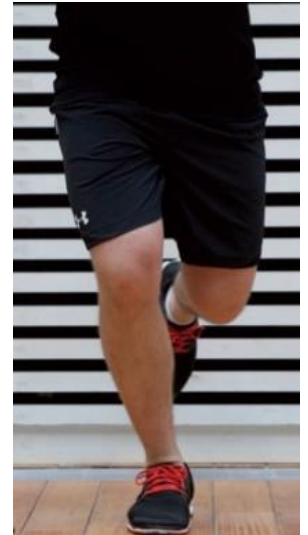
- ↘ Flexion dorsale ?
- ↘ Proprioception ?

❑ Si oui -> Epanchement résiduel ?

- Si oui (effacement des plis antérieurs)
 - Ponctionner !
- Sinon
 - Ostéopathie / KINE -> ->

❑ Eventuellement

- Chevillière pour la reprise



Cas n° 4

- Une jeune footballeuse (12 ans)
 - Depuis près de 2 mois, elle ressent une gêne au genou gauche. Cela ne la gênait que lors de la pratique du foot, mais cela devient maintenant gênant au quotidien également
 - A quel diagnostic songez-vous ?
 - Comment le posez-vous ?
 - Quelle prise en charge proposez-vous ?

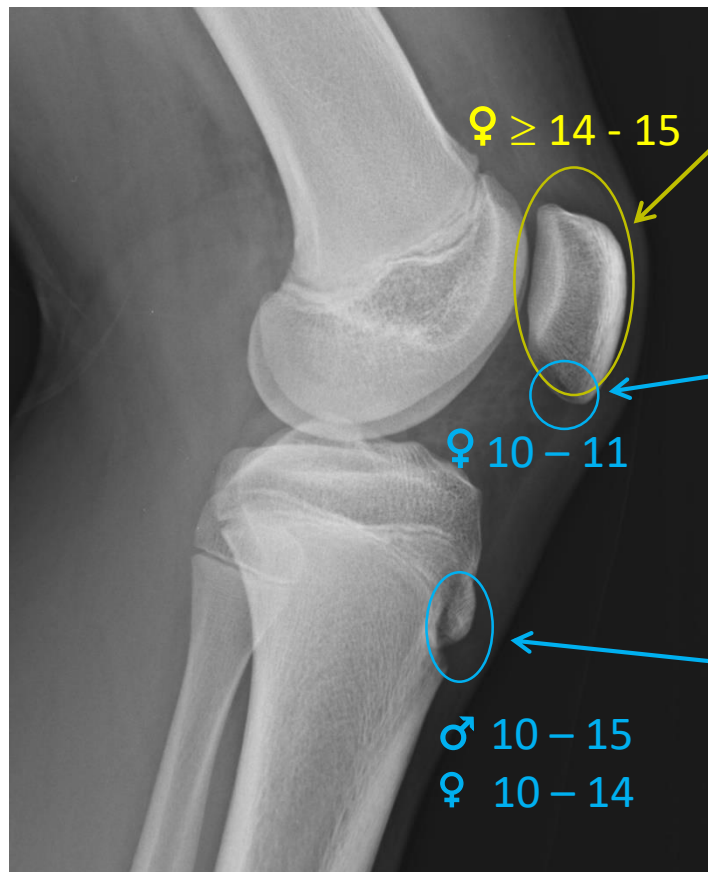
Cas n° 4

- Osgood-Schlatter



Osgood-Schlatter

- Est-ce bien un Osgood ?
 - A qui avons-nous à faire ?



Osgood-Schlatter

- Est-ce bien un Osgood ?

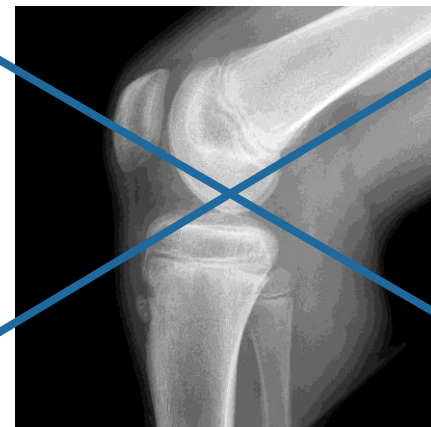
□ Clinique !!!

- Palpation (comparée)
- Test du Quadriceps (comparé)
 - Etirement comparé
 - Isométrique (< position d'étirement max)



□ Imagerie

- Inutile (Tissus mous : œdème)



Osgood-Schlatter

- **Prise en charge**
 - ❑ **Arrêt sportif sélectif (*) durable -> Tenir bon !!!**
 - Sport-ballon (*)
 - 3 à 6 (à....) mois
 - ❑ **Immobilisation ?**
 - Rare (cas aigu, Ado "hyperactif" -> plâtre max 4 SEM)
 - ❑ **Activités permises**
 - Tout ce qui ne fait pas mal -> natation, vélo, etc.
 - ❑ **KINE**
 - Plutôt en fin de parcours (étirements ischiaux, quadri, etc.)

Osgood-Schlatter

- A quand la reprise ?
 - ❑ **Faire confiance au KINE !**
 - Donnera feu vert pour foot, basket
 - ❑ **Avis du Médecin ?**
 - Test quadriceps -> Isométrique doit être indolore en étirement max
 - Palpation ? -> NON car trompeuse ! (TTA reste longtemps sensible)
 - ❑ **RX – Echo ? -> NON (suivi = clinique !)**

Autres Apophysoses fréquentes

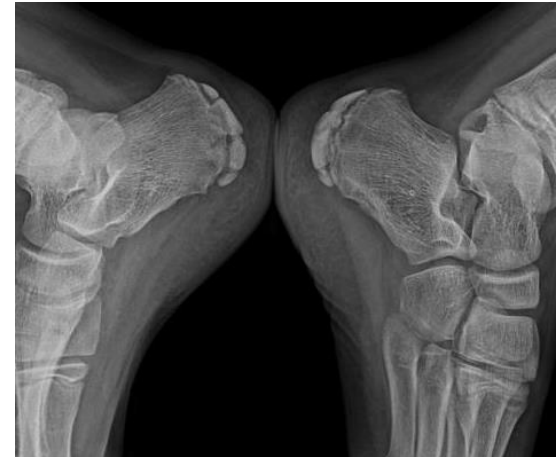
- Maladie de Sever (8 - 14)

☐ = Tout sauf sévère...

- Bassin (13 - 25)

☐ EIAI (Foot, ...)

☐ Ischion (Athlétisme,...)



Merci pour votre participation



Société Scientifique de Médecine Générale Asbl
Rue de Suisse 8 à 1060 Bruxelles | +32 2 533 09 80 | www.ssmg.be