



« QUELLE QUE SOIT LA CHIRURGIE EMPLOYÉE [...] LA COURSE À PIED DEVIENT POSSIBLE ENTRE QUATRE ET SIX MOIS. LE TAUX DE RÉCIDIVE NE DÉPASSE PAS 0,5 % »

DR PHILIPPE PAILLARD Chirurgen orthopédiste, cabinet du Trocadéro, Paris XVI^e

RUPTURES DU TENDON D'ACHILLE

TRAITEMENTS

Les déchirures complètes sont surtout fréquentes chez les sportifs. Le Dr Philippe Paillard fait le point sur les différentes interventions.

Par le docteur Philippe Gorny

Paris Match. Existe-t-il plusieurs ruptures possibles de ce tendon ?

Dr Philippe Paillard. Oui. Je rappelle qu'il permet la flexion plantaire du pied et sa propulsion et qu'il relie les muscles du mollet au talon, où il s'insère sur l'os calcanéum. Plus gros tendon du corps humain il est néanmoins mal irrigué, d'où une certaine fragilité qui favorise, chez les sportifs surtout, la survenue de micro-lésions, de tendinites, voire des ruptures partielles spontanées ou non. La rupture complète est le fait d'une mise en tension brutale lors d'un effort physique en propulsion et accélération. La douleur est aiguë, soudaine, accompagnée d'un claquement audible. L'appui immédiat est impossible. Plus à distance, le sujet peut marcher en boitant, ce qui parfois égare le diagnostic (15 à 20 % des cas). L'examen clinique ne trompe pas le spécialiste : il est impossible pour le blessé de s'élever sur la pointe des pieds côté atteint. La dépression entre les deux berges tendineuses sectionnées est parfois palpable et visible sous la peau. Plus souvent, elle ne l'est pas en raison de l'hématome et de l'œdème qui ont comblé cet espace. Une échographie ou une IRM confirment la rupture et son type : **1.** Haute, à la jonction entre le muscle et le tendon proprement dit. **2.** Intermédiaire, la plus fréquente, en plein corps tendineux, là où il est le plus saillant sous la peau (environ 4 centimètres au-dessus du talon) et aussi le plus fragile. **3.** Basse : le tendon s'est désinséré de son attache osseuse au talon.

Y a-t-il des facteurs favorisants ?

Oui. Typiquement, c'est le sportif âgé de

30 à 50 ans, pratiquant un sport sollicitant de fortes ou nombreuses propulsions (tennis, course à pied, basket, foot, etc.). Une déshydratation, un surpoids favorisent l'accident, de même que les anabolisants. Chez les non-sportifs, les ruptures complètes sont favorisées par l'âge, diverses comorbidités (diabète, obésité surtout) et certains médicaments (corticoïdes et la famille antibiotique des quinolones). Au total, cette pathologie concerne annuellement 20 000 personnes par an en France (30 cas/100 000).

Divers traitements sont disponibles. Quelles sont leurs indications respectives ?

Celui orthopédique par plâtre est souvent réservé aux personnes très peu actives et fragiles. L'immobilisation qu'il impose, classiquement de dix semaines, tend aujourd'hui à être raccourcie. Ses inconvénients sont : un risque accru de phlébite et de lésion cutanée sous plâtre, une récupération plus longue, une surveillance plus contraignante, un risque de récurrence (5 %) dix fois supérieur à celui de la chirurgie. Cette dernière, via trois types d'opérations possibles pratiquées en ambulatoire (sous anesthésie générale ou locale), assure entre des mains expertes une réparation optimale au prix de très rares complications (cutanées, nerveuses) : **1.** La chirurgie à ciel ouvert (45 à 60 min) permet via une incision d'environ 5 centimètres de raccorder les deux berges tendineuses par suture directe. Sa meilleure indication est la rupture en plein corps tendineux. Une version mini-invasive de ce geste, qu'un instrument de guidage placé de part et d'autre du tendon sectionné rend réalisable, est en cours d'évaluation. Elle limite l'incision



COVID-19 FORT REBOND, RETOUR DES GESTES BARRIÈRES

■ L'été ne dissuade pas les derniers coronavirus dominants (sous-variants BA.4 et BA.5 issus d'Omicron) de flamber au rythme actuel en France de 125 000 contaminations par jour et de 1 million de nouveaux cas toutes les quarante-

7^E VAGUE

huit heures en Europe ! Le port du masque dans les transports en commun et en lieux clos, l'aération de ces derniers et le fréquent lavage des mains sont à nouveau recommandés. ■

à 2 centimètres. **2.** La désinsertion basse contraint à ancrer des fils de traction dans l'os du talon pour les passer ensuite dans le tendon avant de les nouer (60 min). **3.** Le Tenolig est un traitement percutané sans ouverture (30 min) bien adapté aux lésions hautes. Quelques micro-incisions millimétriques permettent de passer à travers la peau et les segments lésés, sous contrôle échographique, des fils armés de micro-harpons, qui sont arrimés au muscle et permettent de rapprocher les deux berges du tendon. Des plaquettes sanguines provenant du patient, riches en facteurs de croissance, appelées PRP, sont injectées dans la zone réparée pour optimiser sa cicatrisation. Quelle que soit la chirurgie employée, les sujets sont mis sous anticoagulants, doivent porter une botte en résine pendant six semaines, puis des talonnettes d'épaisseur dégressive pendant trois semaines et être activement rééduqués pendant trois à quatre mois. La course à pied devient possible entre quatre et six mois. Le taux de récurrence ne dépasse pas 0,5 %. Plus de 95 % des sportifs amateurs retrouvent une activité sportive normale après un an. Les professionnels (basketteurs notamment) ne retrouvent l'entière fonction du tendon qu'au bout de deux ans (80 % après un an). ■