



Les pathologies articulaires induites par le sport chez l'enfant

Beaucoup d'enfants souffrent aujourd'hui de pathologies articulaires. Les raisons ?

L'augmentation de la pratique sportive, de plus en plus précocement. Il faut savoir que, jusqu'à la fin de la puberté, l'appareil locomoteur de l'enfant est particulièrement fragile. En effet, les cartilages de croissance ne se ferment que vers 12-13 ans chez la fille, 13-14 ans chez le garçon. Avant ces âges, tout traumatisme du squelette en croissance peut donc avoir des conséquences néfastes, parfois définitives à l'âge adulte.

Au cours de la période de croissance - et tout particulièrement au moment de la puberté -, l'enfant doit être surveillé au moins une fois par an. Au moindre signe d'alerte (douleur, boiterie), la consultation d'un médecin s'avère indispensable.



Les traumatismes

Les fractures-décollements épiphysaires

Ce sont les traumatismes "sportifs" les plus fréquents chez l'enfant. Dans ces fractures existe une lésion d'un cartilage de croissance. Toutes les articulations peuvent être concernées. Les plus fréquentes : le coude, le poignet, le genou, la cheville.

Comment se manifestent-elles ? Par une douleur importante et localisée, une impotence fonctionnelle (impossibilité de mobiliser le membre et de prendre appui dessus), parfois même une déformation et/ou un gonflement articulaire en cas de fracture déplacée.

Sports à risque : tous les sports, et plus particulièrement le football, le rugby, le tennis, la course mais aussi le vélo, le skate-board.

Le traitement : il doit intervenir dans les heures qui suivent le traumatisme.

- **Fracture peu ou pas déplacée** : un traitement orthopédique simple par immobilisation suffit.
- **Fracture déplacée** : une réduction* est à envisager, soit orthopédique (immobilisation par un plâtre), soit chirurgicale.

Mal traitées, les fractures-décollements épiphysaires laissent des séquelles : inégalités de longueur en fin de croissance, déviation axiale, arthrose à long terme.

* La réduction est une manœuvre permettant de remettre l'os en bonne position.

Pour en savoir plus



Les entorses

On sait maintenant que les entorses, classiquement l'apanage des adultes, existent aussi vraiment chez les enfants. Bien que leur fréquence soit inférieure aux fractures-décollements épiphysaires, elles intéressent toutefois un pourcentage d'enfants non négligeable.

Comment surviennent-elles ? Par atteinte d'un ligament, le plus souvent au niveau du genou, lors d'un choc ou d'un faux mouvement. Elles provoquent une vive douleur accompagnée d'un gonflement.

Il faut distinguer l'entorse bénigne, simple étirement du ligament latéral interne et l'entorse grave, avec rupture du ligament croisé antérieur (rupture intra-ligamentaire, comme chez l'adulte, ou arrachement osseux ligamentaire, plus fréquent chez l'enfant).

Sports à risque : tous les sports de pivot (football, hand-ball, basket etc), le vélo (lors d'une chute).



Le traitement

➤ **Entorse bénigne** : traitement de la douleur avec des antalgiques et immobilisation de l'articulation. Dans la majorité des cas, la guérison s'effectue sans séquelle.

➤ **Entorse grave** : le traitement classique est fonctionnel : immobilisation et réduction, avec intervention en fin de croissance en cas de séquelle (mouvements anormaux avec instabilité du genou). Cependant, comme on ne peut interdire toute activité à l'enfant, ce type de lésion expose à une dégradation articulaire (lésions méniscales notamment*). On peut donc être amené, chez l'enfant particulièrement sportif, à opérer en période de croissance, en utilisant des techniques opératoires qui respectent les cartilages de croissance.

* Les lésions méniscales :

Plus souvent associées à l'entorse chez l'enfant qu'elles ne le sont chez l'adulte (3 à 4 fois plus fréquemment), les lésions méniscales se manifestent par des douleurs sur les ménisques, parfois un blocage.

Le traitement : il consiste à pratiquer, chaque fois que possible, une suture méniscale (traitement conservateur). Cette réparation permet de prévenir l'arthrose à long terme.



Le syndrome d'hyperutilisation

Les conséquences de l'hyperutilisation (solicitation trop importante des articulations) sont importantes à des moments clés comme la puberté où les cartilages de croissance n'ont pas encore fusionné : alors que ces derniers n'ont pas la solidité mécanique nécessaire, les enfants peuvent se retrouver anormalement musclés.

L'hyperutilisation concerne toutes les articulations mais touche tout particulièrement les membres inférieurs. En première ligne : le genou.



Comment se manifeste ce syndrome ? Par des douleurs à la pratique du sport ou aux réceptions de sauts.

Sports à risque : tennis, course de fond, football, basket, danse...

Le traitement

Un repos sportif de plusieurs mois, voire un an, est généralement préconisé chez l'enfant. Le traitement est exceptionnellement chirurgical.

Comment prévenir le syndrome d'hyperutilisation ? En évitant de soumettre l'enfant à la pratique trop intensive d'un sport (plusieurs heures par jour).

Exemple de syndrome d'hyperutilisation : la dystrophie de croissance (maladie d'Osgood-Schlatter).

La dystrophie de croissance survient au niveau de l'insertion tibiale du tendon rotulien du genou (là où existe une insertion de muscle puissant) et s'exprime par une douleur lors des réceptions de saut.

Sports à risque : sports d'endurance, sports avec réception de sauts comme le basket, la danse...

A surveiller : la colonne vertébrale

La colonne vertébrale est parfois la cible du syndrome d'hyperutilisation. Il faut être particulièrement vigilant et attentif lorsqu'il existe déjà à ce niveau un léger déséquilibre (scoliose par exemple). Dans ce cas, mieux vaut éviter tous les sports qui développent un rachis asymétrique comme le vélo, le tennis etc.