En collaboration avec le
Collège québécois des médecins de famille

« Docteur, j'ai mal au genou... »

Harold Dion, MD, CCMF, FCMF

L'entraînement de Sylvie

Sylvie, une femme âgée de 32 ans, décide d'entreprendre un programme d'exercice physique et, pour la partie aérobique, elle choisit de courir sur un tapis roulant ou de s'entraîner sur un simulateur d'escalier.

Au fil de sa progression, elle ressent une douleur au genou droit, à un point tel qu'elle n'arrive plus à terminer ses séances de course.

Ses antécédents

Au cours de l'interrogatoire, votre patiente vous informe qu'au début, la douleur était insidieuse et elle la décrit comme une brûlure de chaque côté de la rotule. L'intensité de la douleur progressant, elle la ressentait en descendant les escaliers et dans la position assise. Elle nie toute sensation de gonflement et elle n'a eu aucun traitement jusqu'à maintenant.

Son examen clinique

L'examen clinique identifie une antéversion fémorale, une légère torsion tibiale et une pronation plus marquée du côté droit. Les genoux sont secs. L'amplitude des mouvements est normale dans toutes les directions et la rotule se déplace bien dans son sillon. La palpation des bourses, des ligaments et des tendons est normale. Les manœuvres MacMurray et du tiroir sont négatives.

Par contre, le vaste interne droit est affaibli et la palpation des facettes internes et externes de la rotule droite est un peu douloureuse. Enfin, en position accroupie, votre patiente éprouve une légère douleur lorsqu'elle se relève.

Le **Dr Dion** est médecin de famille, Clinique médicale l'Actuel, Montréal. Il est également président du conseil d'administration du Collège québécois des médecins de famille.

Il s'agit de la cause la plus fréquente de la douleur au genou antérieur et il afflige plus de 25 % des coureurs.

L'investigation

Une radiographie simple est effectuée seulement en présence d'une douleur nocturne ou au repos, si vous soupçonnez une autre affection ou si le traitement usuel est inefficace.

Si vous croyez qu'il s'agit d'une maladie inflammatoire, d'une arthrite septique, de la goutte ou de la pseudo-goutte, vous pouvez demander des analyses de laboratoire.

Et Sylvie?

Les blessures sportives peuvent être aiguës ou chroniques.

Tableau 1

Les modalités physiques du traitement

- Le repos relatif (il n'est pas nécessaire d'interrompre l'activité physique; les activités qui ne font pas mal peuvent être pratiquées – natation, vélo, ski de fond, etc.).
- La glace (application pendant 10 à 15 minutes, 3 à 4 fois par jour).
- Les AINS (lorsque la douleur est très intense ou que l'inconfort perturbe les activités quotidiennes).
- La physiothérapie (elle vise à diminuer la douleur, l'inflammation et à renforcir les structures affaiblies).
- Le retour à l'entraînement doit se faire progressivement et en respectant la douleur.
- La chirurgie (l'arthroscopie donne un aperçu précis du dommage au cartilage sous-rotulien. En présence d'un dommage important, la chirurgie peut être utile).

Les blessures aiguës sont de nature traumatique et elles se produisent rapidement (déchirure d'un ligament lors d'une chute en ski, par exemple).

Les blessures chroniques, elles, sont causées par un syndrome de surutilisation (durant un entraînement aérobique, par exemple). Les structures peuvent être soumises à un certain niveau de stress ou de tension, mais leur résistance a des limites et des microtraumatismes peuvent survenir lorsqu'on ne respecte pas le temps de récupération.

Les renseignements dont nous disposons à propos de Sylvie nous permettent de procéder par élimination pour poser le diagnostic. Nous pouvons éliminer d'emblée l'entorse, la fracture et la déchirure méniscale, car la douleur est apparue de façon insidieuse. L'absence de douleur à la palpation des structures anatomiques nous aide à exclure la tendinite et la bursite. La possibilité d'une arthrite demeure faible en l'absence d'un gonflement et d'une douleur à l'interligne articulaire. La sciacalgie est peu probable, car la douleur est localisée au genou. Enfin, comme la rotule est bien positionnée et qu'elle se déplace bien dans son sillon, la subluxation rotulienne est peu probable. Il ne reste donc que le syndrome fémoro-rotulien.

Qu'est-ce que syndrome fémoro-rotulien?

Il s'agit de la cause la plus fréquente de la douleur au genou antérieur et il afflige plus de 25 % des coureurs. On décrit souvent la douleur comme une brûlure ou une raideur. En progressant, elle peut être ressentie dans les activités de tous les jours (descente des escaliers, au moment de se relever de la position accroupie et parfois durant le sommeil). Ces personnes sentent le besoin d'étendre la jambe, par exemple au cinéma, dans la voiture ou dans l'avion.

L'examen clinique du genou est fréquemment normal. On peut entendre ou palper une crépitation sous-rotulienne, mais celle-ci ne confirme pas le diagnostic et n'est pas un indicateur de la gravité de ce problème. Les tests de compression rotulienne sont peu utiles en raison des nombreux faux-positifs.

Quel est le traitement?

La première étape du traitement consiste à rechercher et à corriger l'erreur ou les erreurs qui ont provoqué cet état. Cette étape est cruciale sinon le programme de réadaptation est voué à l'échec.

- Une progression trop rapide (trop tôt et trop fort) est l'erreur la plus fréquente.
- La qualité et l'usure des souliers est la deuxième erreur la plus fréquente et il ne faut pas hésiter à examiner les souliers portés durant l'entraînement.
- Enfin, il faut éviter de mettre trop d'emphase sur les erreurs d'alignement. Toutefois, si la blessure est récurrente et que les malformations sont importantes, il faut chercher les facteurs biomécaniques sous-jacents (pronation, supination, etc.)

Pour les autres modalités physiques du traitement, voir le tableau 1. *Clin*