



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

La myosite ossifiante post-traumatique (circonscrite) et la reprise du sport[☆]

T. Simon^{a,b}, Y. Guillodo^{a,b}, G. Madouas^a, A. Saraux^{b,*}^a Cabinet de médecine du sport du Questel, 260, rue Francis-Thomas, 29200 Brest, France^b Service de rhumatologie, hôpital de la Cavale-Blanche, CHU de la Cavale-Blanche et EA 2216, Inserm ESPRI, ERI29 université Bretagne-Occidentale, BP 824, boulevard Tanguy-Prigent, 29609 Brest, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Accepté le 17 juillet 2015

Disponible sur Internet le 7 avril 2017

Mots clés :

Myosite Ossifiante
Médecine du sport
Échographie

RÉSUMÉ

Introduction. – La myosite ossifiante est une complication préoccupante des lésions musculaires en médecine sportive.

Objectif. – Ce travail a pour objectif de préciser les éléments cliniques, paracliniques et thérapeutiques qui autorisent la reprise sportive des patients souffrant d'une myosite ossifiante post-traumatique.

Méthode. – Tous les patients ayant consulté entre janvier 2006 et décembre 2012 et qui présentaient une myosite ossifiante des suites d'un récent traumatisme musculaire infligé durant la pratique sportive ont été inclus. Les patients avec une myosite ossifiante sans notion de traumatisme ou survenue à la suite d'un traumatisme ancien (> 6 mois) ont été exclus. Les clichés échographiques ont été obtenus à l'aide de l'échographe PhilipsSparq[®] muni d'une sonde linéaire (4–12 MHz). Le diagnostic de myosite ossifiante a été posé sur la base de deux critères échographiques dans un contexte de traumatisme musculaire récent : présence d'une ossification ou d'une calcification au sein d'un muscle sur les vues axiales et longitudinales en mode-B et hypervascularisation observée en mode Doppler puissance autour de l'ossification/la calcification. Les signes cliniques et le traitement ont été systématiquement recueillis à l'inclusion, à 6 mois et à 1 an.

Résultats. – Parmi les 22 cas de myosite ossifiante diagnostiqués entre janvier 2006 et décembre 2012, 19 étaient d'origine traumatique après lésion musculaire récente et ont été inclus dans l'étude. 89,5 % de nos patients ont repris une activité physique légère 3 mois après le diagnostic (100 % à 10 mois) et ont retrouvé leur niveau sportif pré-lésionnel 6 mois après le diagnostic de myosite ossifiante dans 89,5 % des cas (tous les patients avaient retrouvé leur niveau sportif initial 12 mois après le diagnostic).

Conclusion. – L'abstention thérapeutique et la persistance de l'ossification ne semblent pas constituer des facteurs défavorables à une reprise sportive au niveau pré-lésionnel, sous surveillance échographique.

© 2017 Société Française de Rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

Le sport est un grand pourvoyeur de pathologies musculaires, en particulier celles d'origine traumatique. Cette traumatologie musculaire représente 10 à 55 % de toutes les blessures sportives [1]. Les traumatismes musculaires mettent en cause deux mécanismes lésionnels : 1) un mécanisme intrinsèque de type élongation, déchirure ou rupture musculaire (le muscle est seul responsable de sa lésion) et 2) un mécanisme extrinsèque, la classique « béquille » de

l'athlète (par impact direct sur le muscle : contusion musculaire). Le traitement n'est pas toujours bien codifié et nécessite parfois une approche empirique [2]. Toute prise en charge inadaptée d'une lésion musculaire peut entraîner un certain nombre de complications (retard de cicatrisation, hématome enkysté, fibrose...) dont la plus sévère est la myosite ossifiante circonscrite [3].

Le terme générique de myosite ossifiante (MO) regroupe [4] : 1) la formation d'un ostéome de siège paracortical résultant d'une contusion sur la face avant externe de la cuisse et 2) la présence de calcifications-ossifications intramusculaires dispersées. Il s'agit d'une pathologie rare d'étiologie assez mal définie [5]. Cette affection est principalement retrouvée chez les hommes âgés de 30 à 40 ans [6]. Les contusions avec hématome au niveau du quadriceps se compliquent d'une MO dans 9 à 20 % des cas [7,8]. Cependant, la MO ne survient pas uniquement après une lésion musculaire d'origine extrinsèque mais a également été rapportée à la suite d'un

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbspin.2015.07.013>.

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article mais la référence anglaise de *Joint Bone Spine* avec le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : alain.saraux@chu-brest.fr (A. Saraux).<http://dx.doi.org/10.1016/j.rhum.2017.04.002>

1169-8330/© 2017 Société Française de Rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

traumatisme intrinsèque [9,10] ; Le diagnostic repose sur l'imagerie et non pas la présentation clinique [11] ; l'échographie musculaire représente le meilleur compromis [12]. Le Doppler puissance ou couleur permet également d'apprécier de façon plus précise le processus de cicatrisation musculaire [13,14].

Si la MO est bien décrite dans la littérature, sa pathogénie, son degré de gravité, son développement, son traitement [15–18] et son évolution ne sont toutefois pas clairement élucidés. En dépit de sa nature bénigne bien établie [19], ses conséquences sur la pratique sportive sont moins connues. Et ce retour à la compétition est pourtant un point essentiel pour l'athlète blessé [20–23].

Notre étude a pour but de préciser les éléments cliniques, échographiques et thérapeutiques qui favorisent le retour à la pratique sportive du patient MO post-traumatique en s'appuyant sur le suivi d'une cohorte de 19 patients.

2. Méthode

2.1. Population

Tous les patients ayant consulté au centre de médecine sportive de Brest (ZA du Questel, 29200 Brest) entre janvier 2006 et décembre 2012 et qui présentaient une myosite ossifiante (MO) des suites d'un traumatisme musculaire récent survenu au cours d'une activité sportive ont été inclus. Les patients avec une myosite ossifiante sans notion de traumatisme ou survenue à la suite d'un traumatisme ancien (> 6 mois) ont été exclus.

2.2. Échographie

Les clichés échographiques ont été obtenus à l'aide de l'échographe Philips® Sparq muni d'une sonde linéaire (4–12 MHz).

2.3. Organisation de l'étude

Nous avons mené une étude rétrospective sur des dossiers standardisés. Les patients avec antécédent de traumatisme musculaire récent et présence d'un hématome intramusculaire ont fait l'objet d'un examen clinique et d'une exploration échographique hebdomadaires jusqu'au diagnostic de MO. Au cours de la consultation diagnostique, les données de la population, les signes cliniques et le traitement ont été recueillis. Les patients ont été informés qu'ils seraient revus tous les 15 jours dès le retour à un aspect clinique normal et jusqu'à la disparition du signal Doppler.

Le diagnostic initial de MO a été posé par un investigateur (Y.G) sur la base de 2 critères échographiques spécifiques au contexte d'un traumatisme musculaire récent :

- mise en évidence d'ossifications ou de calcifications au sein du muscle sur les vues échographiques axiales et longitudinales en mode B comme illustré à la Fig. 1 ;
- une hypervascularisation en mode Doppler puissance autour de l'ossification/la calcification.

Outre la normalité clinique, l'absence d'hypervascularisation à l'examen Doppler était retenue comme critère pour la reprise du sport (activité sportive modérée).

À noter qu'aucun programme de rééducation n'a été instauré durant la période de suivi c'est-à-dire du jour où la MO a été diagnostiquée jusqu'à la reprise des activités sportives. Seul un patient a été traité par indométacine de manière curative (4 patients avaient eu de l'indométacine en prévention de l'apparition d'une MO).

Les patients ont ensuite été revus systématiquement à 6 mois puis 1 an par deux médecins (Y.G. et T.S) pour déterminer si la reprise sportive au niveau pré-lésionnel pouvait être envisagée

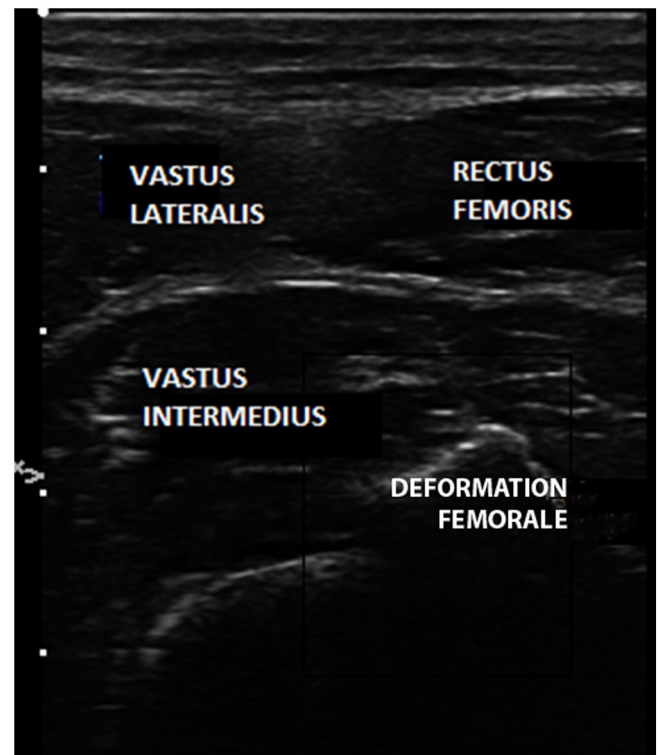


Fig. 1. Myosite ossifiante siégeant au niveau du vaste intermédiaire (échographie vue axiale).

(= reprise complète du sport) et si persistaient des calcifications ou des ossifications sur les vues axiales et longitudinales de l'échographie en mode B.

3. Résultats

3.1. Population

Parmi les 22 cas de myosite ossifiante diagnostiqués entre janvier 2006 et décembre 2012, 19 étaient d'origine traumatique avec lésion musculaire récente (moins de 6 mois) et ont été inclus dans l'étude. Les 3 autres cas de MO (2 non-traumatiques et 1 lésion ancienne de 31 ans) ont été exclus. L'âge moyen des patients au moment du traumatisme était de 25,4 ans ($\pm 9,5$), allant de 12 à 50 ans. Les patients étaient de sexe masculin dans 19 cas.

Dix cas de MO ont été diagnostiqués à la suite d'un traumatisme extrinsèque et neuf cas de MO à la suite d'un traumatisme intrinsèque. La répartition anatomique des 19 lésions initiales était : 3 lésions du semi-membraneux (lésions intrinsèques) ; 2 lésions du muscle long adducteur (lésions intrinsèques) ; 3 lésions du muscle biceps fémoral (lésions intrinsèques) ; 1 lésion du muscle pectiné (lésion intrinsèque) ; 9 lésions du vaste intermédiaire (lésions extrinsèques) ; 1 lésion du muscle biceps brachial (lésion extrinsèque). Sur un total de 100 % de cas d'accidents sportifs : 12 cas de myosite liés à la pratique du football (7 lésions extrinsèques et 5 lésions intrinsèques) ; 2 cas liés à la pratique du handball (2 lésions intrinsèques) ; 2 cas chez des joueurs de rugby (2 lésions extrinsèques) ; 2 cas liés à la course à pied (2 lésions intrinsèques) et 1 cas lié à la pratique du judo (1 lésion extrinsèque). Les patients de notre série ont été vus dans un délai moyen de 3,9 semaines ($\pm 3,7$) suivant la blessure initiale, pour une période allant de 24 heures à 16 semaines.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5669999>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5669999>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)