

2002, à notre main...

C'est sans regret que nous quittons 2001 et que nous débutons cette nouvelle année avec notre numéro traditionnellement dévolu à la traumatologie du sport.

Vous n'avez pu échapper, au travers des médias, au débat sur l'usage de cellules souches embryonnaires importées pour la recherche médicale. Cet éditorial n'est sûrement pas le lieu pour amplifier la polémique et les discussions parfois maladroitement relayées par la presse de boulevard. Il est néanmoins important de préciser que de telles recherches, pratiquées dans un cadre éthique et légal précis, ouvrent des perspectives très intéressantes pour des spécialités telles que la traumatologie du sport. En effet, il s'agirait d'un pas décisif si nous pouvions améliorer et accélérer la guérison tissulaire par l'adjonction de cellules pluripotentes dont la prolifération et la différenciation dans le tissu lésé pouvaient permettre la régénération partielle voire complète de la structure abîmée. De plus, l'usage de telles cellules en ingénierie tissulaire pourrait permettre la réalisation de tissu cartilagineux, tendineux, capsulaire, ligamentaire ou musculaire en laboratoire. Cette avancée permettrait très certainement de modifier le pronostic et le résultat fonctionnel de lésions sévères qui, aujourd'hui encore, peuvent signifier la fin de carrière d'un athlète de haut niveau. Il ne s'agit donc pas de condamner, en première intention, l'usage de telles ressources, mais bien de rester vigilant quant aux types de recherches réalisées et à l'application de cette recherche à notre discipline.

Nous avons décidé, pour ce premier numéro 2002, de nous intéresser aux lésions de la main du sportif. En effet, les lésions de la main sont parmi les blessures du sport les plus fréquemment rencontrées en pratique [1] et il est impératif d'en réaliser un diagnostic rapide et d'instaurer un traitement adéquat. La majorité de ces lésions sont des contusions articulaires, des entorses avec lésions ligamentaires partielles qui ne mettent pas en danger la stabilité articulaire et qui évoluent généralement favorablement suite à une courte immobilisation protectrice, une rapide récupération de la mobilité articulaire et de la force, ainsi que de la fonction [2]. Néanmoins, ces lésions bénignes doivent être distinguées des lésions plus sérieuses qui causent des déchirures ligamentaires et capsulaires importantes résultant en luxation, incongruence articulaire, instabilité ou fracture-luxation. Le praticien du sport doit identifier et diagnostiquer rapidement ces lésions complexes, afin d'offrir une stratégie thérapeutique optimale qui implique souvent une réduction ouverte suivie d'une réparation chirurgicale des lésions osseuses ou des tissus mous. La négligence de lésions sévères mène à des séquelles invalidantes pouvant hypothéquer l'avenir sportif du patient. Dans une étude de Choyce [3], les blessures du sport concernaient une population jeune (âge moyen 21 ans) et plutôt masculine (79%). Les fractures étaient les lésions les plus fréquentes (68%), suivies des lésions des tissus mous (20%) et des luxations (11%). Dans cette étude, le pouce suivi du petit doigt («little finger») et de l'annulaire («ring finger») étaient les plus fréquemment lésés. Une évaluation, à quatre mois post-traumatiques, montrait la présence de douleurs résiduelles modérées, de raideur ou de difformité chez près de la moitié des patients consultés (45%). Ces résultats démontrent que les lésions de la main ne doivent sûrement pas être considérées comme de la «bobologie» («Wehwehchen»)!

Cela dit, il n'est pas toujours facile au praticien du sport de faire la distinction entre une lésion bénigne et une lésion sévère. C'est dans l'optique d'aider à la réalisation de ce diagnostic et à l'orientation thérapeutique que nous avons réalisé ce numéro.

L'escalade et la «grimpe» sont des sports extrêmement populaires dans notre pays et ils génèrent de fréquentes consultations dans nos

cabinets. Deux publications discutent de leurs problématiques en traumatologie. Schlegel et al. ont étudié les types de lésions survenant chez les jeunes grimpeurs de l'élite suisse. Si les auteurs ont noté une prévalence de douleurs des doigts très importantes, ils n'ont pas noté de lésions graves. Ils attirent, par contre, notre attention sur la présence possible d'une épiphysiolyse des articulations interphalangiennes proximales et/ou distales.

Toujours chez les grimpeurs, Pradel et al. font une revue de l'anatomie fonctionnelle, du mécanisme lésionnel, de la sémiologie et du traitement des lésions des poulies digitales des fléchisseurs.

Dans la section qui s'adresse plus spécifiquement aux praticiens généralistes, De Monaco et Stäubli font le point sur les entorses de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce ou «pouce du skieur». Ils décrivent en détail le cheminement diagnostique et les critères de gravité permettant d'opter soit pour un traitement conservateur ou pour un traitement chirurgical.

L'entorse du poignet est une entité «fourre-tout» mais l'examen du poignet traumatisé reste difficile d'approche lorsque le médecin d'équipe ou d'une manifestation sportive doit se prononcer à chaud sur la sévérité d'une lésion. L'article du Dr Favarger, véritable cours magistral de l'examen clinique, radiologique et les algorithmes de traitement des entorses bénignes ou sévères du poignet, doit vous éclairer dans l'approche du poignet traumatisé. La stratégie thérapeutique arrêtée, vous pourrez vous référer à l'article du Dr Della Santa, afin d'en savoir plus sur les techniques chirurgicales utilisées dans les entorses sévères de l'articulation radio-ulnaire inférieure, du conflit ulno-carpien, de l'entorse radiocarpienne, scapho-lunaire, luno-triquétrale et médiocarpienne. Les Drs Favarger et Della Santa insistent sur un diagnostic et une prise en charge précoce des entorses sévères du poignet dont le pronostic et les résultats, à moyen et long terme, sont supérieurs au traitement chirurgical des entorses chroniques. Les auteurs soulignent également que le meilleur traitement reste la prévention des lésions capsulo-ligamentaires du poignet par le choix d'un matériel adéquat, d'un entraînement régulier et progressif et de l'utilisation dans la mesure du possible des moyens de protection à disposition.

Finalement et comme c'est devenue une coutume dans notre numéro de traumatologie, un «Current Concept» qui traite des fractures du scaphoïde et de leurs traitements chez le sportif clôt notre sommaire. Le Dr Papaloizos, qui signe ce CC, rapporte également son expérience dans l'ostéosynthèse des fractures du scaphoïde par vissage percutané «mini-invasif», qui permet à l'athlète une reprise de l'entraînement et de la compétition dans des délais inférieurs à ceux connus après immobilisation plâtrée prolongée.

Je tiens à remercier et à féliciter tous les auteurs qui ont contribué à ce numéro, qui j'espère vous apparaîtra intéressant et utile à votre pratique quotidienne. Bonne lecture.

Jacques Ménétreay

Bibliographie

- 1 McCue F.C. 3rd, Meister K.: Common sports hand injuries. An overview of aetiology, management and prevention. *Sports Med.* 1993; 15: 281-289.
- 2 Isani A.: Prevention and treatment of ligamentous sports injuries to the hand. *Sports Med.* 1990; 9: 48-61.
- 3 Choyce M.Q., Potts M., Maitra A.K.: A profile of sports hand injuries in an accident and emergency department. *J. Accid. Emerg. Med.* 1998; 1: 35-38.