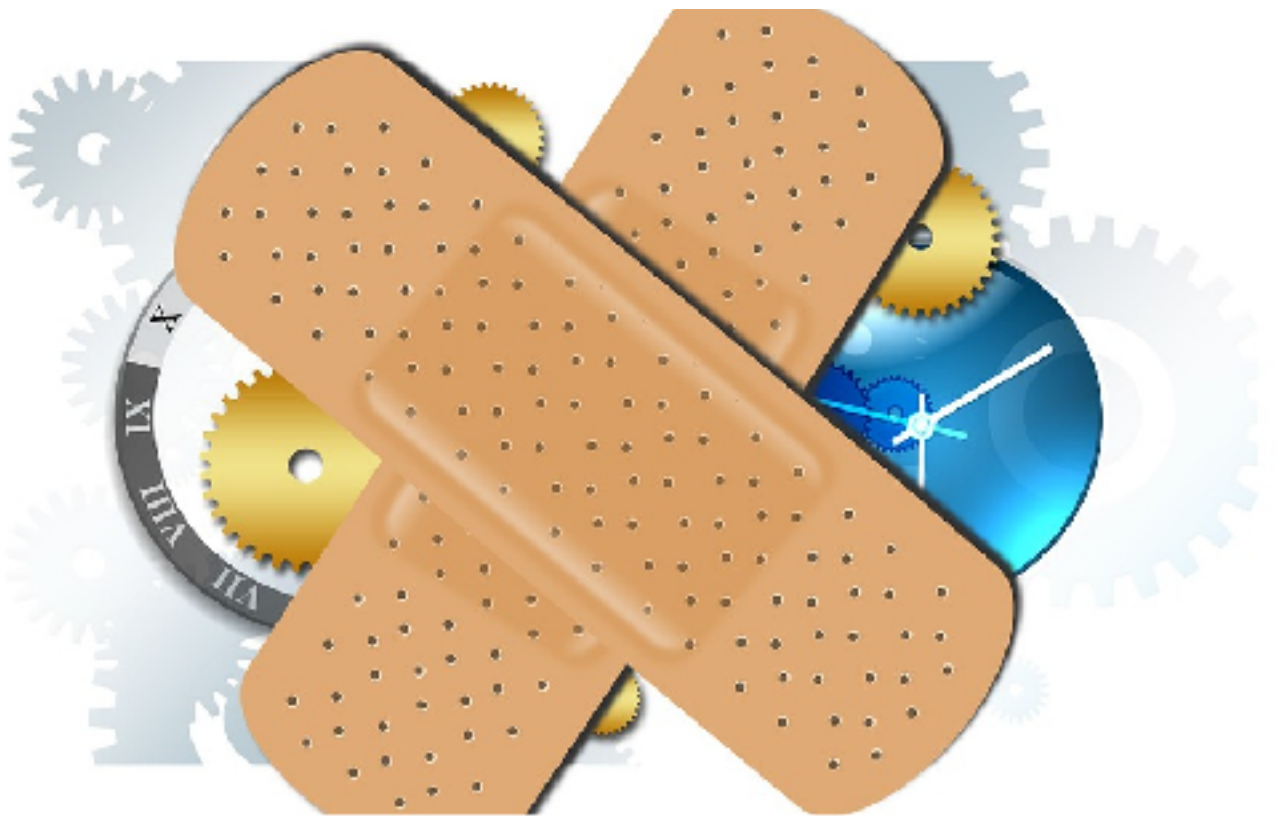


Les blessures du coureur à pied.

Ou quand le corps n'en peut plus



Le top ten des blessures

Autrement dit, les plus fréquentes

Le syndrome rotulien

La périostite tibiale

L'aponévrosite plantaire

La tendinite d'Achille

La tendinite rotulienne

Le syndrome de la bandelette ilio-tibiale

La fracture de fatigue métatarsienne

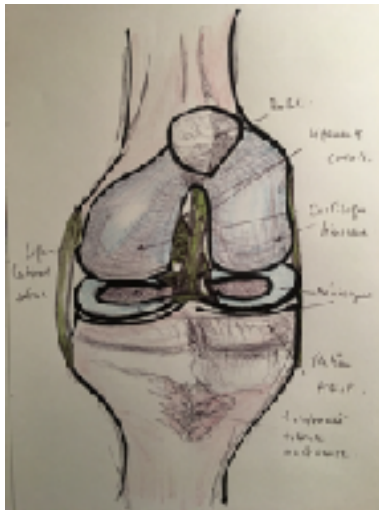
La fracture de fatigue tibiale

La tendinite du jambier postérieur

La tendinite des péroniers latéraux

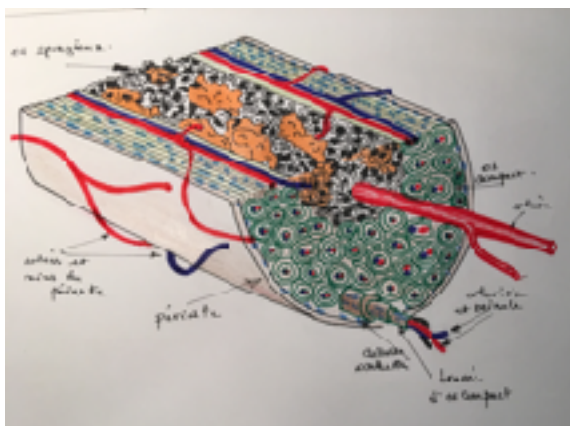
Tout cela impose de voir ou revoir quelques notions d'anatomie

Le genou et la rotule



La **rotule** est située sur la face avant du genou. Elle coulisse à la manière d'une corde dans la gorge d'une poulie. Le tendon rotulien prolongeant le gros muscle antérieur de la cuisse (quadriceps), passe par dessus la rotule et va s'attacher sur partie haute du tibia à sa face antérieure (tubérosité tibiale antérieure). Plus le genou est fléchi et plus le tendon rotulien applique la rotule dans la gorge fémorale. Il s'ensuit donc des phénomènes de friction plus ou moins intenses et d'autant plus préjudiciables que la rotule est mal centrée. Les douleurs qui en résultent sont celles du syndrome rotulien.

Le périoste



Le **périoste** est une membrane externe de couleur blanchâtre qui recouvre l'os en dehors des surfaces articulaires. Il sert de support aux vaisseaux, il est très vascularisé et permet aux tendons de s'insérer sur l'os. Il est très important pour la croissance en épaisseur de l'os. Il est également richement innervé (l'os l'étant peu) ce qui explique les douleurs intenses liées à son inflammation. Il joue également un rôle fondamental dans la consolidation des fractures. Son inflammation est connue sous le nom de périostite.

L'aponévrose

Les **aponévroses** (qu'on appelle parfois aussi « fascia ») sont des lames tendineuses nacrées qui relient certains muscles à un point d'attache éloigné. Elles permettent alors de transmettre des forces mécaniques à distance. Parfois, elles entourent et séparent des structures musculaires constituant alors des loges. Elles sont constituées de tissu conjonctif pauvrement vascularisées d'où une guérison lente lors de leur lésion.



Leur inflammation peuvent être à l'origine de 2 pathologies:

- Les aponévrosites
- Les redoutables syndromes de loge

Le tendon



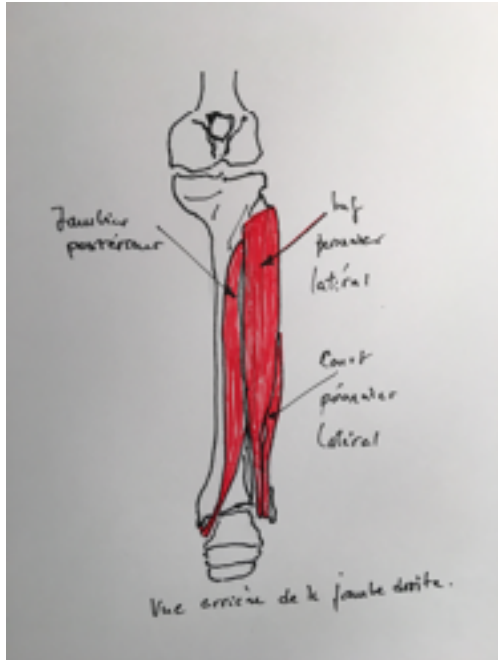
Les tendons sont composés d'un tissu fibreux très résistant mais mal vascularisé et qui rend sa cicatrisation lente . Ils sont comme des cordons qui assurent à la fois la stabilité des articulations et transmettent les forces mécaniques engendrées par la contraction musculaire.

Avec l'âge, ils deviennent moins élastiques et donc plus fragiles. Ils sont également très sensible à la déshydratation.

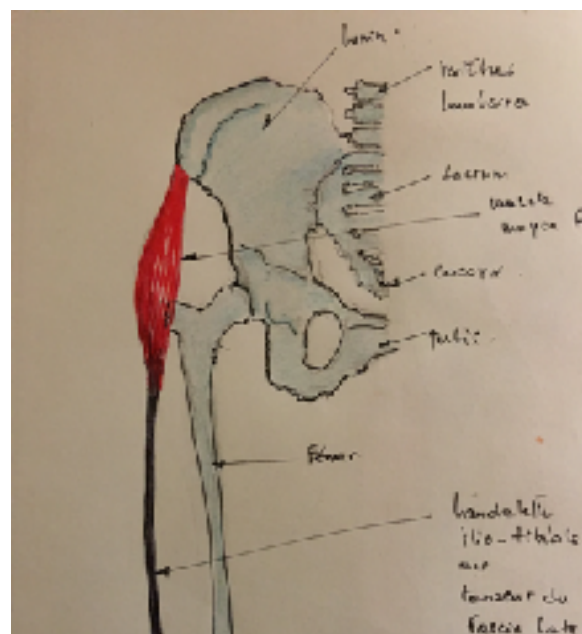
La pathologie la plus fréquente induite par leur atteinte est la tendinite. Parfois, la lésion peut aller jusqu'à la rupture du tendon.

La tendinite d'Achille est la plus connue du coureur à pied et sûrement la plus redoutée.

Enfin, deux autres localisations fréquentes de tendinite sont la tendinite du jambier postérieur et celle des péroniers latéraux.



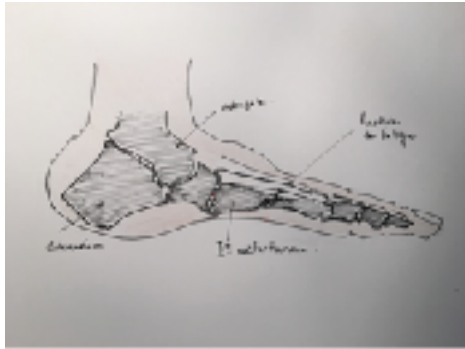
La bandelette ilio-tibiale est une structure tendineuse large, descendante de la face externe de la hanche jusqu'à la face supéro-externe du tibia. Elle est issue de la confluence des muscles grand fessier et tenseur du fascia lata situés respectivement au niveau de la fesse et de la partie antéro-externe de la hanche.



Elle est à l'origine d'une pathologie fréquente du coureur à pied connue sous le terme de « syndrome de l'essuie glace ».

L'os

Les fractures de fatigue (ou plutôt fractures de contrainte) sont des fractures qui surviennent spontanément sur l'accumulation de contraintes mécaniques répétées sur un os de résistance élastique normale. C'est une lésion de surmenage. Elles sont la traduction de micro-fractures osseuses qui vont se multiplier et s'allonger pour aboutir à une fracture plus ou moins complète sans déplacement la plupart du temps.



En course à pied, ce sont les localisations métatarsiennes (pied) et tibiale (jambe) qui sont le plus souvent rencontrées.

Au terme de cette revue anatomique (non exhaustive), finalement tout le membre inférieur paie un lourd tribut à l'entraînement sportif et d'autant plus lourd que le coureur minimise souvent la blessure, accuse le matériel alors que c'est la charge d'entraînement (intensité ou/et quantité) qui est la plupart du temps en cause!

Ensuite, vient la période du traitement de la blessure où, il faut bien le dire, c'est le repos bien conduit et suffisamment long qui permettra la plupart du temps la guérison. Malheureusement, le sportif amateur n'est pas patient et reprend souvent son activité bien trop tôt... et refait souvent les mêmes erreurs d'entraînement qui le conduiront irrémédiablement vers la rechute avec le risque de chroniciser les lésions!

Tout cela sera donc l'objet des prochains volets des blessures du coureur à pied.