PATHO N° 5

Ischio-jambiers : la lésion du tendon intramusculaire

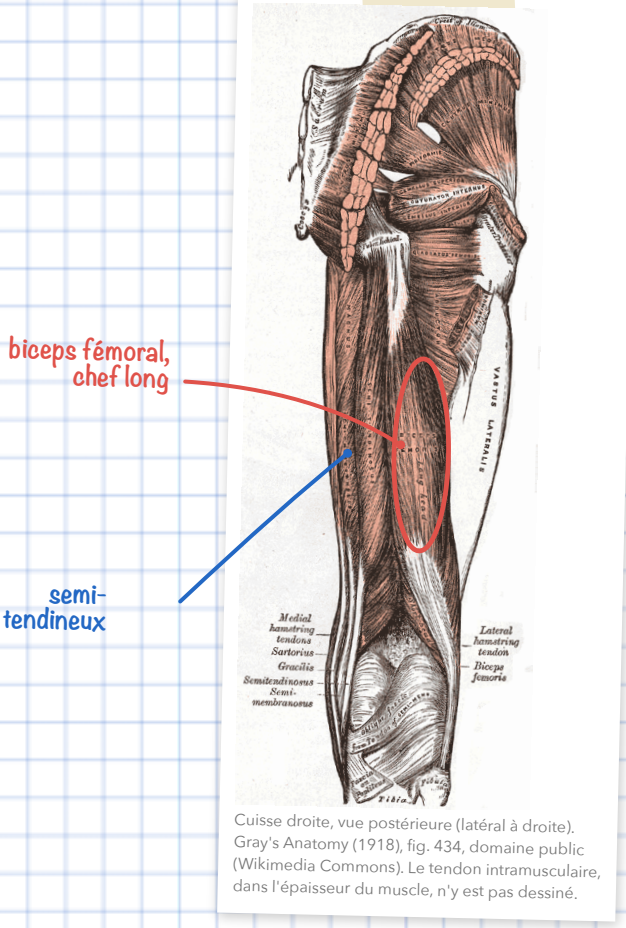
Un retour souvent plus long… mais pas forcément plus de récidive

Le message de la story

Une lésion des ischio-jambiers qui touche le tendon intramusculaire annonce souvent un retour plus long. L'écart est modeste quand l'équipe ne connaît pas l'IRM, et la récidive n'est pas plus fréquente dans les grandes cohortes.

1 Définition et anatomie

- Le tendon intramusculaire est le prolongement, à l'intérieur du muscle, des tendons libres proximal et distal [1].
- La classification britannique BAMIC (British Athletics Muscle Injury Classification) classe les lésions selon leur étendue et leur siège. La lettre « c » désigne une lésion dans le tendon intramusculaire, la forme la plus sévère du système [1].
- Une lésion du tendon intramusculaire se retrouve dans **19 à 41 % des lésions des ischio-jambiers** selon les séries [1] (tableau 2 et texte).
- Le **biceps fémoral** est le muscle le plus souvent touché dans les séries du tableau 2 de [1].



Cuisse droite, vue postérieure (latéral à droite). Gray's Anatomy (1918), fig. 434, domaine public (Wikimedia Commons). Le tendon intramusculaire, dans l'épaisseur du muscle, n'y est pas dessiné.

2 Pourquoi on s'en inquiète

- Les lésions des ischio-jambiers récidivent souvent : de 16 à 34 % selon les études citées par [1] (Contexte).
- Dans une petite série d'athlètes d'élite (Pollock 2016, citée par [1]), les lésions « c » récidivaient beaucoup : 57 % après une lésion 2c et 63 % après une lésion 3c à 3 mois [1] (texte, **seconde main**).
- **Mais les grandes cohortes ne retrouvent pas cet excès de récidive.** Dans [2], la récidive ou une nouvelle lésion ne différait pas (OR 0,96 ; IC 0,37-2,64) [2] (Résultats 3.3). Dans [4], l'atteinte du tendon n'était pas associée à plus de récidives à 12 mois (Résumé). Dans le tableau 3 de [1], les taux de récidive étaient de 17 % contre 15 %, et de 20 % contre 20 %, dans les deux cohortes de van der Made.

3 Clinique

- La lésion survient lors d'un sprint, d'une accélération, d'une décélération, d'un étirement excessif ou d'une frappe [1].
- **L'examen clinique ne suffit pas** à dire si le tendon intramusculaire est touché. Dans une étude citée par [1] (Crema 2017), les patients avec une atteinte du tendon avaient une souplesse et une force un peu plus basses, mais l'IRM reste nécessaire pour faire la différence [1] (« Clinical Assessment »).

4 - Examens et décision au cabinet

- **L'IRM** situe la lésion et la classe [1]. Elle sert surtout dans le sport de haut niveau.
- **Ce que l'IRM annonce sur le délai :**
  - dans [2], le retour à l'entraînement complet prenait environ **3 fois plus de temps** avec une atteinte du tendon : médiane de 81 jours contre 18 jours (Résultats 3.3). Le résumé de [2] donne d'autres chiffres (« 78 days vs. 24 days »), qui ne correspondent pas aux Résultats. Seule la formule « environ 3 fois plus long » est donc sûre. **Mais l'équipe connaissait l'IRM pendant la rééducation** [2] (Méthodes 2.4), ce qui a pu la rendre plus prudente ;
  - dans [3], où l'équipe ne connaissait pas l'IRM, une rupture complète du tendon ajoutait **environ une semaine** : 31,6 jours contre 22,2 jours [3] (Résumé). Les auteurs jugent l'IRM de valeur « limitée » pour prédire le délai chez un athlète donné.
- **La décision :** l'atteinte du tendon intramusculaire justifie d'annoncer un retour un peu plus long et de progresser avec prudence. Elle ne justifie pas d'annoncer une récidive quasi certaine.

5 - Drapeaux rouges : adresser au médecin ou au chirurgien

- Un écart net entre les deux bouts du tendon à l'IRM, ou des récidives multiples qui gênent la performance, font discuter la chirurgie [1] (« surgery »). Il n'existe pas de consensus sur un seuil d'écart [1].
- Une lésion du tendon libre proximal (avulsion) relève d'un avis chirurgical (hors sujet de cette fiche).

6 - Conduite à tenir du kiné

1. **Demander l'IRM** chez un sportif de haut niveau, ou quand le délai compte, pour savoir si le tendon intramusculaire est touché [1].
2. **Adapter la progression au tendon.** Le modèle britannique (Macdonald, cité par [1]) retarde le travail en position allongée et l'excentrique selon la lésion. Avec cette approche, Pollock 2021 (cité par [1]) a rapporté 2,9 % de récidives, et aucune pour les lésions « c » [1] (texte ; **seconde main**).
3. **Garder les critères de reprise habituels** (force, course, sprint). Ce qui compte, c'est la fonction retrouvée plus que la date.
4. **Annoncer un délai réaliste, sans dramatiser** : un retour souvent plus long, mais pas forcément plus de récidive [2][3][4].

7 Pronostic

- Le délai de retour varie beaucoup selon le sport et la cohorte. En traitement non chirurgical, les médianes ou moyennes rapportées vont de 28 à 120 jours dans les études du tableau 2 de [1].
- Les auteurs de [1] concluent que les résultats dépendent du contexte sportif.
- La récidive n'est pas plus fréquente dans les cohortes les plus grandes [2][4].

Références. [1] Kerin et al., Sports Med Open 2023 (texte intégral). [2] Kerin et al., Scand J Med Sci Sports 2024 (texte intégral). [3] van der Made et al., Br J Sports Med 2018 (résumé). [4] van der Made et al., Br J Sports Med 2018 (résumé). Niveau de preuve : faible ; cohortes, aucun essai randomisé sur la rééducation de ces lésions.
Planche : Henry Gray, *Anatomy of the Human Body* (1918), fig. 434, domaine public, via Wikimedia Commons.