



■ Par **Hervé CAUMONT**  
Président de l'association des  
médecins de club de football  
professionnel.

# La rupture du tendon d'Achille

**Gare aux récurrences. Moins fréquente que la rupture des ligaments croisés du genou, la rupture du tendon d'Achille n'en reste pas moins une pathologie sérieuse chez le footballeur, qu'elle éloigne des terrains pendant plusieurs mois...**

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, la rupture du tendon d'Achille n'est pas une blessure aussi répandue que cela dans le monde du football professionnel. A un niveau amateur cependant, le niveau de préparation n'étant pas le même, les risques sont potentiellement plus élevés. Ce type de blessure doit donc faire l'objet d'une attention toute particulière, et nécessite des connaissances de base pour vous permettre d'agir en prévention en votre qualité d'éducateur.

## Quelles en sont les causes ?

Le tendon d'Achille n'est autre que le prolongement des muscles du mollet et le lien de ceux-ci avec la plante du pied. A ce titre, il joue le rôle d'un véritable levier, permettant la transmission des forces de contraction du mollet jusqu'au pied. Un tendon très sollicité peut se rompre suite à une contraction brutale et mal contrôlée, ou, à l'inverse, suite à une extension de pied, où l'on va constater un défaut d'adaptation des fibres du tendon qui vont casser, comme un élastique que l'on tire à l'extrême d'un seul coup. La rupture intervient généralement lors d'une accélération brutale, d'une impulsion très forte, ou d'une réception mal maîtrisée consécutive à un duel aérien par exemple. A noter qu'avec l'âge, les tissus conjonctifs du tendon, par ailleurs fragilisés par les micro-déchirures et tendinites à répétition au cours des années précédentes, perdent leurs capacités physiologiques de résistance et d'élasticité. Mais un jeune joueur en pleine possession de ses moyens n'est pas à l'abri pour autant d'une telle blessure.

## Comment se matérialise la rupture ?

Quand il y a rupture franche, complète et bru-

talement, le joueur va avoir dans un premier temps la sensation qu'on lui a enfoncé un poignard dans le tendon. Il ne peut quasiment plus poser le pied au sol et ne plus pousser sur celui-ci. Sur le plan anatomique, le tendon brisé tire sur chacune de ses extrémités et forme ainsi une petite dépression d'un ou deux centimètres visible à l'œil nu. Qui plus est, si vous allongez le blessé sur le ventre et que vous laissez dépasser les pieds du support sur lequel il est installé, vous verrez que le pied touché formera presque un



angle droit en comparaison de l'autre qui se démarquera par une petite flexion plantaire spontanée. Le diagnostic est donc relativement facile à faire quand la rupture est totale. Il est plus compliqué à établir dans le cas d'une rupture partielle puisque les signes cliniques sont moins évidents à détecter, d'où la nécessité d'avoir recours à une échographie, et/ou une IRM.

## Soins et rééducation

D'un point de vue thérapeutique, plusieurs choix sont possibles. Ils dépendent de l'âge du patient footballeur, de son niveau de pratique, etc... Soit le blessé a recours à un traitement orthopédique, avec fixation d'un plâtre en résine pendant 8 à 10 semaines. Soit le patient

s'oriente vers un traitement chirurgical classique, à savoir recoudre les deux parties du tendon dans un délai inférieur à 8 jours après la rupture. Troisième possibilité : la technique percutanée (ténorrhaphie), également chirurgicale, permet d'introduire deux ancrages dans la partie basse de la cheville, rapprochant ainsi les deux extrémités du tendon que l'on va par la suite suturer. Ces traitements ont chacun leurs avantages et leurs inconvénients. Les deux options chirurgicales présentent un risque infectieux post opératoire et de nécrose des tissus supérieurs, mais sont à priori plus fiables sur le plan mécanique que le traitement orthopédique. Autrement dit, le taux de récurrence est moindre. La phase de guérison nécessite 6 à 8 semaines d'immobilisation. Puis la rééducation est lente et progressive (8 à 10 semaines), à base de séances de kinésithérapie, sachant qu'un jeune de 25 ans récupérera logiquement plus vite qu'un vétéran de 40 ans.

## Que faire en prévention ?

Pour limiter les risques de rupture du tendon d'Achille et de récurrence, les règles de bonne hygiène de vie sont élémentaires. Cela peut passer pour du bon sens, mais encore faut-il le rappeler. Il s'agit d'éviter les soirées de veille de match arrosées, prendre l'échauffement très au sérieux en compétition et à l'entraînement (ne pas taper dans le premier ballon venu quand le joueur entre sur le terrain par exemple) et s'hydrater régulièrement pour alimenter les fibres du tendon. Enfin, si le joueur a récemment été victime d'une infection (infection urinaire, bronchite, etc...), le recours à certains antibiotiques peut avoir une incidence néfaste sur le tendon en période de compétition, au cours de laquelle les fibres sont mises à rude épreuve. Au joueur donc de se renseigner auprès de son médecin traitant. ■