



Gonarthrose

& Football

Très populaire, le football est néanmoins un des sports les plus susceptibles de causer une gonarthrose^(1,2). Des contraintes importantes sur le genou et la position «pivot-contact» expliquent que le risque de développer une arthrose du genou est supérieur pour les footballeurs professionnels^(1,3) que pour la population générale.

EPIDÉMIOLOGIE

2 % des joueurs professionnels anglais arrêtent chaque année à cause de blessures. Une étude a montré que 46 % des blessures aiguës sont responsables de la fin de carrière et 37 % des blessures chroniques touchent le genou⁽³⁾. Or ces blessures constituent d'importants facteurs de risque de développer une arthrose du genou⁽¹⁾.

Site anatomique	Répondeurs avec OA (n = 138)
Genou droit	82
Genou gauche	62
Hanche droite	18
Hanche gauche	24
Cheville droite	33
Cheville gauche	20
Pied droit	6
Pied gauche	6
Dos	26
Cou	22
Autres*	15

Distribution de l'ostéoarthrose selon la localisation (la plupart des répondeurs présentent de l'arthrose sur plusieurs sites).

49 % des répondeurs ont déclaré avoir été diagnostiqués arthrosiques à un âge moyen de 40,4 ans⁽¹⁾.

* Par exemple : coude, poignet, main, épaule, bassin

Une étude portant sur un groupe plus restreint de 117 ex-athlètes masculins d'élite âgés de 45 à 68 ans montre que la prévalence de la seule gonarthrose est très élevée : 29 % chez les footballeurs⁽⁴⁾.

PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE⁽²⁾

- L'intensité et la pratique prolongée,
- La compétition de haut niveau,
- Une altération articulaire préexistante (genu varum),
- Des antécédents de traumatismes (âge >30 ans au moment du traumatisme⁽⁴⁾, ménisectomie, chirurgie des ligaments).

Le risque est cependant variable selon le poste du joueur.

MÉCANISME⁽²⁾

L'arthrose du genou est la résultante d'une détérioration articulaire⁽⁴⁾.

- Une utilisation articulaire intensive
- Des traumatismes directs avec un impact ostéochondral (même en absence de fracture)

Les traumatismes directs avec impaction ostéochondrale et sans trait de fracture induiraient des lésions cartilagineuses évolutives aboutissant à l'arthrose. Les impacts répétés en charge et en rotation sont aussi nocifs pour le cartilage⁽²⁾.

- Des traumatismes indirects tels que des lésions méniscales et ligamentaires

Une ancienne rupture des ligaments croisés conduit à une gonarthrose dans 70 % des cas⁽²⁾.

- Le traitement chirurgical des lésions : ménisectomies et plasties ligamentaires

Progression de la gonarthrose pour 100 % des footballeurs dans les 10 à 20 ans suivant une ménisectomie totale (néanmoins, 40 % des footballeurs n'ayant pas subi une ménisectomie présentent une arthrose du genou)⁽²⁾.

1. TURNER A. P., BARLOW J. H., HEATHCOTE-ELLIOTT C. Long term health impact of playing professional football in the United Kingdom. *Br. J. Sports Med.* 2000;34:332-337. 2. ELLEUCH M. H., GUERMAZI M., MEZGHANNI M., et al. Knee osteoarthritis in 50 former top-level footballers: a comparative (control group) study. *Annales de réadaptation et de médecine physique* 2008;51:174-178. 3. DRAWER S. and FULLER C.W. Propensity for osteoarthritis and lower limb joint pain in retired professional soccer players. *Br. J. Sports Med.* 2001;35:402-408. 4. LEQUESNE M. Sports et arthrose des membres. *Science & Sports* 2004;19:281-285.

Chez l'animal, les impacts répétés en force et les rotations en charge engendrent plus ou moins rapidement des lésions typiques d'arthrose : fibrillation puis fissures cartilagineuses verticales au site des microtraumatismes, puis fissures obliques d'extension vers les aires encore intactes. De plus, l'os sous-chondral se densifie très précocement. Ces lésions sont beaucoup plus fréquentes et précoces lorsque les microtraumatismes se répètent sur une articulation anormale, dysplasique, traumatisée ou opérée (exemple : ménisectomie) ou encore immobilisée puis réutilisée sans progressivité.

Chez l'homme, des lésions similaires sont retrouvées, surtout après traumatisme^[4].

TRAITEMENTS

- **Traitements non pharmaceutiques** : hygiène de vie, entretien des articulations, rééducation^[5].
- **Traitements pharmaceutiques** : les antalgiques, les AINS et la visco-supplémentation pour soulager la douleur et améliorer la fonction^[5].

Depuis quelques années, les injections d'acide hyaluronique (AH) connaissent un succès important dans la pathologie articulaire cartilagineuse^[5]. Les injections d'acide hyaluronique semblent améliorer la visco élasticité du liquide synovial, la synthèse du cartilage et la diminution de sa dégradation^[6]. Elles semblent diminuer aussi la douleur par analgésie directe^[6].

Des injections intra-articulaires d'AH après ménisectomie partielle arthroscopique, lavage articulaire, et/ou reconstruction chirurgicale des ligaments croisés antérieurs (LCA) semblent présenter un intérêt chez l'homme^[6].

Amélioration clinique avec des injections d'AH après une intervention chirurgicale du genou^[6].

4. LEQUESNE M. Sports et arthrose des membres. *Science & Sports* 2004;19:281-285. 5. LEGRE V, BOYER T, FICHEZ O. Gestes Locaux en pathologie sportive : anesthésiques, glucocorticoïdes. *Revue du Rhumatisme* 2007;74 :602-607. 6. EDOUARD P, RANNOU F, COUDEYRE E. Visco-induction et chondropathie post-traumatique du genou : existe-t-il des preuves fondamentales ? *Leff. Méd. Phys. Réadapt.* 2001;27:41-45.