REEDUCATION DES FRACTURES DU TIBIA

Grand prix de Hongrie. Michael Schumacher se fracture le tibia et le péroné. Le grand public, confiant dans la capacité de récupération des sportifs d'élite s'attend à le revoir reprendre la compétition dans les plus brefs délais. Deux mois et demi plus tard (actualiser les dates SVP), le pilote allemand n'a toujours pas repris sa course endiablée sur les circuits.

Pourquoi, malgré un potentiel exceptionnel, le coureur de F1 n'a-t-il pas pu hâter la récupération ? Un champion a beau avoir tous les atouts dans son jeu (une santé de fer, les meilleurs spécialistes, une motivation hors norme) il est contraint de respecter certaines règles pour éviter de mettre en péril le montage orthopédique et la consolidation de la fracture. De nombreuses étapes jalonnent en effet le traitement, du jour de l'accident à la récupération totale. Sans présumer de l'évolution de Michael Schumacher, voyons quelles sont ces étapes à la lumière de son cas, somme toute assez représentatif d'une évolution classique.

Comme c'est généralement la règle lorsque l'enflure n'est pas trop marquée, le pilote a été opéré dès que possible afin de limiter les risques de complications cardio-vasculaires et d'embolie graisseuse. L'enclouage, c'est-à-dire la mise en place d'une longue tige de métal à travers le canal médullaire de l'os, se pratique couramment dans les atteintes de la partie médiane. Le chirurgien introduit le clou par une incision à l'avant du genou, puis le stabilise en général à l'aide de vis qui le traversent aux deux extrémités.

Une fois l'opération effectuée, l'os peut être considéré comme stable et bien aligné. Cependant plusieurs semaines vont s'écouler avant que la consolidation soit acquise. Le caillot sanguin qui s'est formé sert « d'échafaudage » pour la formation du cal. En quelques jours des vaisseaux ainsi que des cellules osseuses et cartilagineuses l'envahissent et forment un cal mou. Cette matrice se minéralise par la suite pour former un cal dur en quelques semaines.

Grosso modo, la moitié de la consolidation est acquise vers la $6^{\text{ème}}$ semaine, mais quatre mois sont nécessaires pour atteindre une minéralisation complète. Le cal, alors volumineux, subit durant les années suivantes un lent remodelage qui le voit s'estomper et être assimilé dans la structure osseuse. Des radiographies de contrôle permettent de vérifier si le processus de consolidation suit son court et d'orienter la suite du traitement en conséquence.

Il n'est pas nécessaire d'attendre que la fracture soit totalement consolidée pour entreprendre la rééducation. Bien au contraire, la mobilisation précoce, moyennant certaines précautions, est la règle dans de genre de pathologie. Un patient qui reste tranquillement immobile dans son lit s'expose à des risques de thrombose, d'encombrement pulmonaire, d'enraidissement articulaire, d'affaiblissement généralisé, d'escarre...j'en passe et des meilleures. De plus des contraintes bien dosées favorisent la consolidation du foyer de fracture.

La physiothérapie débute donc dès le lendemain de l'opération, à la grande joie ou la grande appréhension du patient selon le caractère de chacun. La séance commence par des exercices au lit : activation de la circulation, mouvements doux de la cheville et du genou, réveil musculaire constituent l'entrée traditionnelle, complétée si nécessaire d'exercices respiratoires, de drainage lymphatique (en cas d'enflure importante), de massage ou de stimulation électrique de la musculature.

Le menu du lendemain est constitué par le premier lever. Le jour n'est certes pas aux exploits! Un tour de chambre est déjà une bonne performance à ce stade de la rééducation, tout mètre supplémentaire pouvant être considéré comme un bonus. Le patient doit en effet faire face à plusieurs difficultés: apprentissage de la marche avec les cannes en ne posant que 10-20 kg du côté opéré, douleur encore importante, vertiges parfois.

La distance de marche augmente progressivement dans les jours qui suivent. Le patient réintègre son domicile lorsqu'il maîtrise la marche avec les cannes au plat et dans les escaliers, que la cicatrice est calme et que son retour est organisé. Si l'évolution est plus lente, un séjour dans un centre de rééducation est souhaitable.

Par la suite, le traitement se poursuit ambulatoirement afin d'améliorer la qualité de la marche, la mobilité et la force. Durant six semaines, le poids sur le membre opéré ne peut pas être augmenté, ce qui limite la variété des exercices. Si le contrôle radiologique montre une bonne formation du cal, la mise en charge augmente ensuite

progressivement jusqu'à la fin du troisième mois. Il est alors temps de corriger les boiteries résiduelles et d'introduire des exercices spécifiques pour l'équilibre, la rapidité, puis les sauts.

Au vu de ces faits, on peut comprendre qu'un retour précoce à la compétition n'ait pas été souhaitable pour Michael Schumacher. Si une grande motivation favorise la récupération de la force, la mobilité et la vitesse de réaction, elle ne permet en revanche pas de hâter la consolidation. Or, les contraintes au freinage et les vibrations sont indissociables de la conduite d'une Formule 1. Il n'est donc pas surprenant que les premiers essais privés, entrepris au alentour de la 8ème semaine, se soient avérés trop douloureux pour envisager un départ au grand prix de Monza.

Comme quoi les sports assis ne sont pas obligatoirement de tout repos, et ce ne sont pas les cyclistes qui contrediraient Michael Schumacher. Alex Zülle (plusieurs jours de course clavicule cassée au tour de France 97) et Laurent Dufaux (idem avec une fracture du bassin à la Vuelta 99) ont testé pour lui : les freinages et les vibrations font en effet très mal au niveau du foyer de fracture!