

Physiothérapie	
Procédure:	Dr T. Rod Fleury, F. Nguyen Huu
DS:	Juillet 2014
Validation:	A. Laubscher, Directeur des soins HUG Pr P. Dayer, Directeur médical HUG
Classement sous:	Secteur Locomoteur
N°:	1.14

REEDUCATION APRES CHIRURGIE DU TENDON D'ACHILLE-TECHNIQUE ACHILLON

**Domaine**

Musculo-squelettique

**Définition**

Le terrain est l'homme de la quarantaine ou de la cinquantaine, avec une augmentation de l'incidence annuelle avec le temps. La rupture est plus rare chez la femme. Elle est deux fois plus fréquente chez le sportif de haut niveau (compétition) que chez l'amateur.

Les activités sportives les plus souvent incriminées sont la course, le Football, le Basketball, le saut et tous les exercices mettant en tension de manière brutale le tendon. La rupture du tendon favorise celle du tendon controlatéral.

La rupture se reconnaît assez facilement lorsqu'elle survient : bruit de déchirement de tissus (audible à quelques mètres parfois), vive douleur au-dessous du mollet, survenant au cours d'un effort concernant la cheville et imposant l'arrêt de ce dernier. Il n'y a que rarement la formation d'une boule due à la désinsertion du triceps sural.

Le diagnostic est relativement simple : l'examen se fait de manière comparative des deux côtés. Il peut exister une sensation de dépression au niveau du tendon atteint, avec parfois une ecchymose. Le test de Thompson est positif (allonger sur le ventre, absence d'extension du pied à la pression manuelle du mollet) avec une très bonne sensibilité et spécificité. Les sources de diagnostic erroné existent : la capacité d'exercer une pression dynamique de l'avant du pied et l'échographie peuvent conduire à diagnostiquer une rupture partielle. L'imagerie par résonance magnétique est, en règle, inutile pour faire le diagnostic et son apport concerne uniquement la stratégie de prise en charge.

**Indications**

Traitement chirurgical  
Traitement conservateur

## **Précautions, contre-indications**

Il est important de se baser sur le programme de rééducation établi par le rapport opératoire en respectant les limites et contre indications propres à chaque cas.

## **Risques**

Récidive de rupture  
Infection  
Restriction de mobilité  
Diminution de force

## **Déroulement du traitement**

### Pré opératoire:

- Apprentissage de la marche avec les cannes
- Programme d'exercices "maison" pour les 4 premières semaines (cf. semaine 1 à 3).

### Semaines 1 à 3:

- Inostep Plus 30° flexion plantaire, 24/24h, décharge avec 2CA
- Pansement par le chirurgien 1x/semaine (décubitus ventral, le chirurgien retire lui-même l'Inostep)
- Exercices de maintien du quadriceps par contractions isométriques. Plus exercices de maintien de musculature des hanches
- Auto-mobilisation douce des orteils

### Semaine 4:

- Ablation des fils J21
- Inostep Plus 20° flexion plantaire J21-J24, décharge
- Inostep Plus 10° flexion plantaire J24-J28, décharge
- Programme "maison" identique

### Semaines 5 à 8:

- Inostep Plus 0° dès J28, 24/24h, charge complète selon douleurs, avec 2CA

### Début de la physiothérapie:

Seulement en physiothérapie, 2x/sem, hors attelle:

- Travail de cicatrice (longitudinal), crochetage pour améliorer tous les plans de glissements (pas de sur-stimulation)
- Œdème: massages, DLM si besoin, Tape drainant voire bas de contention
- Echauffement par massage et mobilisations
- Travail de mobilité sous-talienne et tibio-talienne, en douceur sans dépasser le neutre (0° dorsiflexion), mobilisation genou + avant pied
- Glace en début ou fin de traitement. Environ 15 minutes 3x/j, dont une fois avant le couché
- Programme "maison" identique
- A partir de 6 semaines: vélo fixe (avec Inostep) avec le minimum de résistance (moulinage)

### Semaines 9 à 12:

- Stop Inostep, marche libre sans attelle, avec 2 puis 1 CA (côté opposé à la lésion)

Physiothérapie 3x/sem (deux fois avec physiothérapeute, 1 fois en MTT)

- Stretching progressif GC et soléaire séparés
- Trigger point (TS + JA + péroniers)
- Mobilité progressive passive, activo-passive puis active et exercices de type "alphabet" de la cheville et du pied
- Renforcement isométrique, chaîne fermée, puis progressivement concentrique
- Electrostimulation éventuellement
- Rééducation à la marche
- Proprioception facile
- Piscine – Renforcement musculaire du MI
- Programme à la maison: stretching doux + mobilisation active du pied et de la cheville + massage de la cicatrice + détente de l'aponévrose plantaire
- Vélo fixe avec augmentation de la résistance

### Semaine 13 à récupération fonctionnelle complète:

La mobilité de la cheville devrait être récupérée

- Poursuite du renforcement progressif en augmentant les contraintes (Excentrique-Stanish)
- Rééducation sport-spécifique
- Proprioception avancée

### A partir de 3 mois:

Sauts, pliométrie, course à pied

Reprise des sports de pivot pas avant 6 mois

### **Situations spéciales**

---

### **Matériel utilisé**

- Crochets
- Tapes, bas de contention
- Theraband
- Matériels de proprioception
- "piscine"
- Attelles Inostep articulées
- Electrostimulateurs

## Bibliographie

1. Does accelerated functional rehabilitation after surgery improve outcomes in patients with acute achilles tendon ruptures? Garrick JG. Clin J Sport Med. 2012 Jul;22(4):379-80
2. Treatment of acute Achilles tendon ruptures with Achillon device: clinical outcomes and kinetic gait analysis. Garrido IM, Deval JC, Bosch MN, Mediavilla DH, Garcia VP, González MS. Foot Ankle Surg. 2010 Dec;16(4):189-94
3. A systematic review of early rehabilitation methods following a rupture of the Achilles tendon. Kearney RS, McGuinness KR, Achten J, Costa ML. Physiotherapy. 2012 Mar;98(1):24-32
4. Current concepts in the rehabilitation of an acute rupture of the tendo Achillis. Kearney RS, Costa ML. J Bone Joint Surg Br. 2012 Jan;94(1):28-31
5. Achilles tendon rupture: avoiding tendon lengthening during surgical repair and rehabilitation. Maquirriain J. Yale J Biol Med. 2011 Sep;84(3):289-300
6. *Achilles tendon rupture: a review of etiology, population, anatomy, risk factors, and injury prevention.* Hess GW. Foot Ankle Spec, 2010;3:29-32
7. *Achilles tendon disorders.* Asplund CA, Best TM. BMJ, 2013;346:f1262
8. *Contralateral tendon rupture risk is increased in individuals with a previous Achilles tendon rupture.* Årøen A, Helgø D, Granlund OG, Bahr R. Scand J Med Sci Sports, 2004;14:30-3
9. *The clinical diagnosis of subcutaneous tear of the Achilles tendon: a prospective study in 174 patients.* Maffulli N. Am J Sports Med, 1998;26:266-70