

5^{ème} Congrès Commun SFMES & SFTS



En partenariat avec la Société Dauphiné-Savoie
de Médecine du Sport et avec la participation
du Club des Cardiologues du Sport

Grenoble
World Trade Center
25-27
Octobre
2012


SFMES
32^{ème} CONGRÈS NATIONAL
DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE
MÉDECINE DE L'EXERCICE ET DU SPORT



22^{ème} CONGRÈS NATIONAL
DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE TRAUMATOLOGIE
DU SPORT

Programme final

Résumés des communications orales SFTS

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective analysant les résultats du traitement chirurgical de fracture de fatigue du 1/3 moyen du tibia. Cette étude comprend 14 patients, 11 hommes et 3 femmes, pour un total de 20 jambes opérées. Il s'agissait d'une atteinte bilatérale chez 6 patients. Le diagnostic était clinique et par des radiographies de jambe de profil. L'âge moyen des patients à l'intervention était de 23 ans. Le recul moyen de cette étude est de 44 mois (4-180). La durée d'évolution des symptômes préopératoires étaient de 17 mois (6-48) et l'Echelle Visuelle Analogique (EVA) préopératoire lors de la pratique sportive était de 77,5 (50-100).

L'analyse descriptive comprenait entre autre :

- 1 les antécédents des patients,
- 2 les techniques chirurgicales,
- 3 les suites post-opératoires,
- 4 les complications et récurrences,
- 5 le délai de reprise sportive et le niveau sportif retrouvé après l'intervention.

Résultats : La fracture de fatigue est de diagnostic difficile et parfois associés à d'autres pathologies, deux patients ont été préalablement pris en charge pour un ostéome ostéoïde et un patient a été opéré d'une aponévrotomie bilatérale pour un syndrome des loges de jambe.

La valeur moyenne de l'EVA postopératoire lors de la pratique sportive est de 3/100 (0-60), le délai moyen de reprise de la course 3,2 mois (1-6), le délai moyen de reprise du sport pratiqué en préopératoire est de 5,2 mois (2,5-9) et le délai moyen de retour au niveau est de 10,6 mois (2,5-24). Le niveau sportif postopératoire est identique ou supérieur chez 12 patients (86 %) et inférieur chez 2 patients (14 %). On a retrouvé une récurrence dans 4 cas (20 %). Dans 3 cas, la guérison a été obtenue après une intervention chirurgicale et dans un cas, cela a nécessité deux interventions. Une complication a été retrouvée de type fracture spiroïde sous le clou à 4 mois postopératoire ayant nécessité une reprise chirurgicale.

Conclusion : La majorité des patients traités chirurgicalement pour une fracture de fatigue tibiale sont soulagés de leurs douleurs et sont satisfaits du résultat de leur intervention. Elles concernent essentiellement les compétiteurs de haut niveau pratiquant un sport à impulsion ou avec des contraintes répétitives. C'est un diagnostic difficile non fait dans 5 cas dans notre série avec 3 patients préalablement opérés d'une autre pathologie. Nos résultats nous orientent en faveur d'une technique chirurgicale associant l'enclouage centromédullaire et la décortication. Le taux de récurrence (20 %) est non négligeable et cette pathologie nécessite une surveillance au long cours.

TC04-28

REPRISE DU RUGBY APRÈS UNE COMMOTION CÉRÉBRALE : ÉVALUATION PROSPECTIVE D'UN PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE STANDARDISÉE CHEZ 35 RUGBYMENS DE HAUT NIVEAU

J. CHERMAN¹, Y. BOHU¹, A. SAVIGNY², S. KLOUCHE³, N. LEFEVRE⁴, S. HERMAN⁴

- 1 Hôpital Leopold Bellan, Paris, FRANCE
- 2 Racing Metro 92-Clinique du Sport Paris V-Institut Nolle, Paris, FRANCE
- 3 Stade Français Rugby, Paris, FRANCE
- 4 Clinique du Sport Paris V-Institut Nolle, Paris, FRANCE

Introduction : La commotion cérébrale (CC) est un traumatisme crânien léger secondaire à un choc ayant entraîné un mouvement de coup-contrecoup du cerveau dans la boîte crânienne. Son évolution est le plus souvent spontanément favorable mais elle diminue la performance des joueurs pendant quelques jours augmentant ainsi le risque de nouvelles blessures. Elle a également un effet cumulatif si elle se répète,

aggravant le dysfonctionnement cérébral ainsi que la durée et la sévérité du syndrome post-commotionnel. La prise en charge immédiate et le retour au jeu doivent obéir à des règles strictes. Le but de ce travail était d'évaluer l'efficacité d'une prise en charge standardisée dans la prévention des récurrences liées à la commotion initiale.

Matériel et méthodes : Une étude prospective menée de septembre 2009 à juin 2012 a inclus l'ensemble des rugbymen victimes d'une CC lors de la pratique du rugby et pris en charge par une équipe hospitalière spécialisée, au sein d'une consultation dédiée. Le protocole a été élaboré en collaboration avec le staff médical des clubs de rugby participant à l'étude. En cas de suspicion de CC, le protocole prévoyait (1) une sortie de terrain immédiate et une mise au repos (2) une confirmation clinique du diagnostic et une évaluation de la gravité de la commotion par l'équipe médicale hospitalière dans les 72 heures et (3) une évaluation neurologique et cognitive du patient avant le retour au sport qui n'était autorisé qu'après une disparition totale des symptômes et une reprise de l'activité par paliers. Le critère principal de jugement était la survenue d'une nouvelle CC moins de 3 mois après la première chez les patients ayant repris le rugby. Les critères secondaires étaient le délai de reprise et une évaluation cognitive par le Trail Making Test (TMTA/TMTB). La série comprenait 35 rugbymen de haut niveau dont 23 professionnels, 30 hommes et 5 femmes, âgés en moyenne de 23,1±5,5 ans. Le nombre médian de commotions précédentes était de 2 (0-30). Selon la classification de gravité de Cantu, 3 patients étaient de grade 1, 12 de grade 2 et 20 de grade 3.

Résultats : Trente-trois patients ont repris le rugby dans un délai moyen de 22,1±10 jours. Le taux de récurrence avant 3 mois était de 2/33 (6,1 %). Le TMTA initial moyen était de 30,8±25,4 (13-126,6) secondes et 19,7±7,2 (12-29) secondes avant reprise, p=0,10. Le TMTB initial moyen était 50,3±22,7 (20-102) secondes et 44,4±17,5 (22-87) secondes avant reprise, p=0,01. L'analyse des deux échecs a montré que la commotion initiale était de grade 3 chez des patients ayant des antécédents de commotion. Un patient ayant déjà présenté 30 commotions avait repris le rugby après 7 jours d'arrêt contre avis médical.

Conclusion : Cette étude prospective a validé notre protocole de prise en charge et de retour au rugby. Le protocole a depuis été enrichi par des tests TMT pré-saison pour tous les professionnels selon les recommandations de la Ligue Nationale de Rugby, comme critère décisionnel complémentaire du retour au rugby. Le protocole sans tests cognitifs pré-saison pourrait s'appliquer aux joueurs amateurs.

TC04-29

FORCE MUSCULAIRE ISOCINÉTIQUE DU COUPLE QUADRICEPS/ISCHIO-JAMBIERS DES JOUEURS DE RUGBY PROFESSIONNELS

M. JULIA¹, B. PEREIRA², D. MORAND³, J. MANIC³, N. BARIZIEN⁴, J. PEYRIN⁵, J. CROISIER⁵, E. COUDEYRE⁵

- 1 Fédération MPR, CHU Montpellier/Nîmes, Montpellier, FRANCE
- 2 CHU Clermont Ferrand, Université d'Auvergne, Clermont-Ferrand, FRANCE
- 3 Ligue Nationale de Rugby, Paris, FRANCE
- 4 Fédération Française de Rugby, Marcoussis, FRANCE
- 5 Institut Supérieur d'Éducation Physique et de Kinésithérapie, Liège, BELGIUM

Introduction : Les dynamomètres isocinétiques sont des outils de référence pour mesurer la force musculaire dynamique. Son recours pour la mesure de la force du quadriceps et des ischio-jambiers semble très pertinent dans la prévention des lésions musculaires et ligamentaires autour du genou. Cependant il est indispensable de disposer de valeurs de référence de la

population étudiée pour pouvoir interpréter correctement les résultats obtenus. Le rugby est un sport dans lequel les différences de gabarit et de capacités musculaires sont très marquées en fonction des postes des joueurs. Devant l'absence de données dans la littérature, la Fédération Française de Rugby (FFR) et la Ligue Nationale du Rugby (LNR) ont souhaité déterminer des valeurs de référence des moments de force du quadriceps et des ischio-jambiers pour les joueurs de Rugby professionnels, en fonction de leur poste.

Matériels et méthodes : Étude observationnelle multicentrique, menée auprès de 8 clubs professionnels (Top 14 et proD2), avec mesures des moments de force maximum pour le quadriceps et les ischio-jambiers de 250 joueurs. Le protocole de mesure comprend deux tests de force concentrique (60°/s et 240°/s) et un test de force excentrique pour les ischio-jambiers (30°/s). Les données ont été analysées pour l'ensemble de la population puis rapportées au poste (1^{er} lignes, 2^{ème} et 3^{ème} lignes, demis, trois quarts).

Résultats : En concentrique à 60°/s : le moment de force du quadriceps est 2,4 N.m/Kg pour les 1^{er}s lignes, 2,5 N.m/Kg pour les 2^{èmes} et 3^{èmes} lignes et 2,7 N.m/Kg pour les demis et les 3/4. Les ischio-jambiers développent une force de 1,4 N.m/Kg pour les 1^{er}s lignes, 1,6 N.m/Kg pour les 2^{èmes} et 3^{èmes} lignes et 1,7 N.m/Kg pour les demis et les 3/4.

En concentrique à 240°/s : on observe pour les quadriceps une force de 1,6 N.m/Kg pour les 1^{er}s lignes, 1,8 N.m/Kg pour les 2^{èmes} et 3^{èmes} lignes et 1,9 N.m/Kg pour les demis et les 3/4. Les ischio-jambiers développent une force de 1,2 N.m/Kg pour les 1^{er}s lignes, 1,3 N.m/Kg pour les 2^{èmes} et 3^{èmes} lignes et 1,4 N.m/Kg pour les 3/4.

En excentrique à 30°/s : la force des ischio-jambiers est 1,9 N.m/Kg pour les 1^{er}s lignes, 2,0 N.m/Kg pour les 2^{èmes} et 3^{èmes} lignes et 2,1 N.m/Kg pour les demis et les 3/4.

Discussion : On observe des différences assez nettes entre les moments de force rapportés au poids du corps en fonction du poste, principalement en raison de la différence de morphotype selon les postes. Ces différences de moments de force en fonction du poste doivent être prises en compte dans l'interprétation des résultats chez les rugbyemen.

Conclusion : Cette étude multicentrique a permis, à partir de l'analyse des résultats de 250 joueurs de Rugby professionnels, d'établir des valeurs de référence en fonction du poste pour la force concentrique du quadriceps et la force concentrique et excentrique des ischio-jambiers. Ces résultats pourront servir de référence pour interpréter les résultats des tests isocinétiques de genou dans cette population spécifique.

Méthode : Étude multicentrique, prospective, descriptive, non interventionnelle, réalisée du 18/12/2010 au 16/03/2011 sur 628 patients par 42 médecins investigateurs. 45 inclusions/médecins (1-150). 1498 patients suivis définitivement. 670 hommes (41,4 %), 944 femmes (58,6 %). Médiane d'âge 41,4 ans, BMI 23,8, fumeurs 26 %, antécédents de MTEV personnels 2,4 %, familiaux 10,4 %. 1326 immobilisés (82 %), 754 de façon rigide (57 %), 572 par attelle souple ou articulée ou strapping (43 %). 719 traités par HBPM (45 %). Ont été étudiés, déroulé du pas, transport après l'accident, facteurs de risque de MTEV.

Résultats : 17 ETEV (1,15 %) [0,66-1,81], dont 15 dans le premier mois. 644 prescriptions d'HBPM en accord avec le protocole, 29 hors protocole, 481 non prescription d'HBPM en accord avec protocole et 333 hors protocole. Les pourcentages d'ETEV sont de 0,67 % si HBPM-/protocole-, 0,32 % si HBPM-/protocole+, 1,59 % si HBPM +/-protocole-, 1,80 % si HBPM+/protocole+. 93 % des patients ont suivi la prescription complètement. 16 % d'événements indésirables (saignements 13 %, autres 3,3 %), dont 1 jugé grave (0,14 %). Aucun décès. Adéquation avec l'algorithme proposé de 75,7 % immédiatement, 74,8 % définitivement. Les facteurs de risque retenus après l'analyse de l'étude sont : l'âge, l'antécédent de cancer, la contraception estro-progestative.

Discussion : L'incidence d'ETEV dans les différentes branches suggère que la prescription d'HBPM est trop fréquente et mal adaptée dans certains cas. Ces résultats corroborent les recommandations de l'American College of Chest Physicians et de la Société Française d'Anesthésie-Réanimation. Il est suggéré un nouvel arbre décisionnel prenant en compte la possibilité de faire 3 pas non douloureux après immobilisation, les facteurs de risque retenus par l'étude auxquels ont été rajoutés les antécédents personnels et familiaux (parents du 1^{er} d° de moins de 40 ans) d'ETEV. La simulation de ce nouvel arbre sur les patients ayant eu un ETEV malgré les HBPM, n'exclut personne de cette prescription.

Conclusion : Une optimisation du protocole est proposée pour la prescription d'HBPM chez les traumatisés du membre inférieur traités orthopédiquement qui doit conduire à une baisse de prescription de 46 à 35 % soit une économie de plus de 365 000€/semaine de traitement pour l'ensemble des blessés traités en stations de sports d'hiver.

TC04-31

HERNIE DISCALE LOMBAIRE CHEZ LES SPORTIFS : REVUE SYSTÉMATIQUE DE LA LITTÉRATURE

B. BOLLUYER¹, C. GAUJOUX¹, J.-L. LAZENEC¹, M.-R. ROUSSEAU¹
 1 Université Pierre et Marie Curie Paris 6, Service de Chirurgie Orthopédique et Traumatologie du sport, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, FRANCE

Introduction : La prise en charge des hernies discales lombaires symptomatiques reste débattue. Chez le sportif, la prise en compte de paramètres spécifiques notamment le délai et le niveau de reprise sportif complexifie la stratégie thérapeutique.

Objectif : L'objectif de cette étude est de faire le point sur les preuves apportées à ce jour par la littérature sur l'efficacité des traitements conservateurs ou chirurgicaux des hernies discales lombaires des sportifs de haut niveau.

Méthode : Une revue systématique de la littérature a été entreprise selon les critères PRISMA de la fondation Cochrane, explorant les bases de données : PubMed, Embase et Cochrane. Les critères d'évaluation étaient : le taux de retour au sport, le délai de retour au sport et le nombre de récurrence. Une étude en sous-groupe était réalisée pour les groupes : traitement conservateur, mini-discotomie et discotomie ouverte.

Résultats : Huit articles sur 351 étaient retenus pour l'analyse, regroupant au total 583 patients. Le taux moyen de retour au sport était de 82,5 % dont 76,2 % à un niveau identique. Le délai

TC04-30

ÉTUDE M2M-THROMBOSE : FAUT-IL PRESCRIRE DES HBPM CHEZ LES TRAUMATISÉS DU MEMBRE INFÉRIEUR TRAITÉS ORTHOPÉDIQUEMENT ?

D. LAMY¹, F. PUECH¹, L. FILIATRE¹, P. JOUBERT¹, B. AUDEMAI¹, P. ALBALADEJO², G. PERNOD³, C. GENTY³, J.-L. BOSSON¹

1 Médecins de Montagne, Chambéry, FRANCE

2 CHU, Grenoble, FRANCE

3 CIC CHU, Grenoble, FRANCE

Introduction : La prévention d'événements thromboembolique veineux (ETEV) chez les patients traumatisés du membre inférieur traités orthopédiquement est réalisée hors autorisation de Mise sur le Marché (AMM). L'objectif primaire de notre étude est la mesure de l'incidence des ETEV chez ces patients et des effets indésirables des héparines de bas poids moléculaire (HBPM). L'objectif secondaire est la recherche de l'adéquation des pratiques avec le protocole recommandé sur la base d'un consensus de prévention de maladie thromboembolique veineuse (MTEV).