

# CONSEILS DE PROS

## Médecin du sport ( Yves Dubuissez )

### 2007 : LA RUPTURE DU TENDON D'ACHILLE

Cédric Carrasso, le gardien de l'OM, avait-il été plongé dans le Styx par sa mère comme l'avait été le personnage de l'Illiade, le fameux Achille. Certainement pas. Ce n'est pas une flèche qui l'a immobilisé mais simplement une chute dans ses filets de but.

La nomenclature internationale ne parle plus de tendon d'achille mais de tendon calcanéen. Ce tendon est extrêmement puissant, c'est le plus important du corps humain. Il relie les muscles du mollet au calcanéum (talon).

**Comment ce tendon peut-il se rompre ?** Il s'agit le plus souvent d'une contraction brutale des muscles du mollet lors d'un saut et d'une mauvaise réception. Il ne s'agit pratiquement jamais d'un choc direct ou d'un faux mouvement. En revanche, très souvent on retrouve la notion de tendinites préexistantes elles-mêmes conséquences de nombreux microtraumatismes lors des répétitions des gestes d'impulsion et de réception.

La rupture tendineuse est relativement facile à **diagnostiquer**. Le joueur ressent une douleur violente comme "un coup de couteau", On peut même quelquefois dans un périmètre proche entendre le "coup de fusil". L'impotence totale est immédiate, le joueur ne peut se relever ni marcher. A l'examen on remarque une encoche au niveau du tendon et la diminution de la force de flexion plantaire du pied. Dans le doute en effectuera une échographie et maintenant très souvent une IRM qui aura l'avantage de bien décrire les lésions, ce qui sera très utile pour le chirurgien.

**Le traitement sera soit orthopédique soit chirurgical.** Le traitement orthopédique consiste en la réalisation d'un plâtre durant 6 semaines en équin ( pointe du pied vers le bas), puis d'un plâtre de marche durant 4 semaines. Ce traitement long a surtout comme inconvénients la possibilité d'allongement du tendon et également la possibilité de ruptures itératives. Les traitements chirurgicaux par suture du tendon avec ouverture, ou par techniques percutanées nécessitant de très petites ouvertures. Au jour d'aujourd'hui il semble que les techniques chirurgicales prennent le dessus sur le traitement orthopédique surtout chez le sportif.

Vient ensuite la longue période d'immobilisation, 6 semaines environ, puis celle longue et pénible de la rééducation. En tout état de cause la reprise de la compétition ne pourra être envisagée avant 6 mois.

Pour prendre l'exemple de Cédric Carrasso le **Docteur Franceschi** résume parfaitement la situation: ([www.om.net](http://www.om.net))

*"Au moment de la blessure, il y a eu une très forte tension au niveau du tendon et du muscle, à la jonction des deux. C'est une très forte traction qui a entraîné cette blessure. On a enlevé les parties abîmées du tendon, on a régularisé la région et ensuite on a suturé avec des fils pour reproduire la continuité du tendon. Il faut ensuite une immobilisation car une fois que la suture est faite il faut laisser la nature faire son travail. Il y a un temps d'immobilisation stricte de trois semaines où Cédric marchera avec des cannes et où il portera une attelle qui immobilisera son pied. A ce moment, il n'y aura pas de rééducation. Ensuite, d'ici trois semaines, on pourra très progressivement commencer à enlever l'attelle et uniquement avec le staff médical du club mobiliser très doucement la cheville. Il faudra encore attendre trois semaines de plus pour enlever complètement l'attelle afin d'avoir une cicatrice de bonne qualité qui lui permettra de reprendre une vie fonctionnelle. En ce qui concerne la reprise des entraînements et de son activité, on ne peut pas avant quatre à six mois car c'est un peu comme une fracture. Le cal fibreux doit être capable d'assumer des contraintes fortes en traction, ce qui est le cas au poste de gardien de but. Il y a des propulsions, des sauts et des réceptions, il faut donc un cal solide pour reprendre sans douleur son activité. La nature demande un minimum de quatre à six mois pour que la structure soit suffisamment résistante pour supporter les contraintes d'un tel poste."*

**Comment peut-on éviter ce genre d'accident ?** Comme dit plus haut le tendon qui se rompt a souvent été le siège de tendinite secondaires aux microtraumatismes. Travailler les bons gestes, améliorer la qualité des terrains, bannir les mauvaises chaussures, éviter le sur entraînement, effectuer de bons étirements, s'hydrater correctement, avoir une hygiène bucco dentaire parfaite, signaler les traitements en cours ( certains antibiotiques peuvent fragiliser les tendons).....Mais

même en respectant tous ces principes la rupture peut survenir.

## AOUT 2007 : ENTORSE DE LA CHEVILLE: LES CRITÈRES DE GRAVITE

L'entorse de la cheville est une lésion très fréquente dans la pratique du football. La description des circonstances du traumatisme et des constatations faites sur le terrain par le blessé et son entourage sont d'une aide précieuse pour le médecin qui sera amené à traiter celui ci.

On admet 13 critères de gravité d'une entorse de la cheville.

- 1) L'importance du traumatisme  
Plus le traumatisme est violent, plus le risque de rupture ligamentaire est important, (même si un petit traumatisme peut lui aussi provoquer cette rupture.)
- 2) Le ressenti du blessé  
Le blessé a t'il ressenti un craquement, une sensation de déchirure, une impression de déboîtement ?
- 3) L'évolution de la douleur  
Non pas en trois temps, douleur, sédation et reprise, mais en un seul temps, douleur sans sédation.
- 4) Apparition dans les minutes qui suivent l'accident d'une tuméfaction  
C'est l'oeuf de pigeon qui correspond à l'hématome consécutif à la déchirure. Ensuite cet oeuf de pigeon sera camouflé par l'oedème.
- 5) Ecchymose apparaissant en quelques heures
- 6) Association d'un important œdème prenant la cheville & le pied
- 7) Insomnie la nuit suivant le traumatisme
- 8) L'impotence  
(attention, une fois sur deux le blessé arrive encore à s'appuyer sur le coté atteint)
- 9) Douleur à la mobilisation passive
- 10) Douleurs à la contraction résistée des muscles de la face antérieure de la jambe
- 11) Présence de mouvements anormaux, à rechercher uniquement par le médecin ou le kiné
- 12) Présence d'anomalies à la radiographie: (arrachement osseux)
- 13) Présence d'anomalies à l'échographie: (visualisation de la rupture)

Aout 2007 : LES ENTORSES DU LIGAMENT LATÉRAL INTERNE DU GENOU Nous n'envisageons que les lésions isolées du ligament latéral interne (LLI) en excluant les lésions graves du genou entraînant souvent des ruptures du ou des ligaments croisés. Il faut savoir que les entorses du LLI sont les lésions les plus fréquentes au niveau du genou et représentent la 2° pathologie d'entorse après celle du ligament latéral externe de la cheville chez le foot balleur. Pourquoi cette fréquence? Les entorses de LLI sont liées à la course, aux arrêts brutaux, aux changements de direction, aux chocs directs du genou et souvent aux frappes de balle contrées lors d'un tackle. Il s'agit aussi des conséquences d'un tackle de l'adversaire qui rate involontairement ou "volontairement" le ballon, d'un contre appui, d'une mauvaise réception après un saut en déséquilibre. Les lésions sont d'autant plus graves que le mécanisme est violent, rapide. Il peut s'agir d'une distension du faisceau superficiel ou au contraire d'une rupture complète du ligament. La recherche des signes de gravité et du mécanisme lésionnel est essentielle, et il est donc important que le soigneur puisse les décrire. Y a t'il eu perception d'un craquement, sensation de déchirure, gonflement immédiat, présence d'ecchymose, impotence, dérobolement.... Le médecin systématiquement consulté, après un examen soigneux, conclura à la possibilité de trois lésions différentes: - l'entorse de stade 1: simple distension du LLI, quelques jours d'arrêt sportif seront suffisants. - l'entorse de stade 2: Il existe ici une distension plus importante retrouvée genou fléchi, il y a ici rupture partielle des fibres du LLI. 3 à 4 semaines d'arrêt sportif seront nécessaires à la cicatrisation. - l'entorse de stade 3 ou il existe une laxité importante et qui correspond à une rupture du LLI. Faut il pratiquer des examens complémentaires? La radiographie standard aura l'intérêt de rechercher un éventuel arrachement osseux, et chez le jeune joueur un décollement épiphysaire fémoral inférieur. L'échographie pourra être utile avant tout pour suivre l'évolution de la cicatrisation. L'IRM est l'examen de choix dans l'entorse de type 3 et quelquefois de type 2, car elle permet d'écarter des lésions associées méniscales et du pivot central. Quel est le traitement. Tout d'abord sur le terrain appliquer le protocole GREC (glaçage, repos, élévation, compression). L'entorse de type 2: mise en place d'une genouillère ligamentaire, antalgiques, anti-inflammatoires, et surtout rééducation débutée le plus rapidement possible. La reprise de l'entraînement individualisé pourra se faire au 21° jour. L'entorse de type 3 nécessite la mise en place

immédiate d'une immobilisation par attelle en extension pour 3 semaines, suivie par la mise en place d'une genouillère articulée. La rééducation sera ici plus longue, 4 à 6 semaines environ. Le retour prudent sur le terrain se fera après un bon mois. La reprise de la compétition ne sera permise qu'en l'absence totale de douleur et si le quadriceps a totalement récupéré. L'objectif du traitement bien conduit est bien sur de retrouver un genou indolore, stable, pour permettre au joueur de retrouver ses capacités antérieures. De l'avis de tous les médecins du sport il apparaît nécessaire d'améliorer le travail proprioceptif et de l'intégrer dans la préparation physique. Mon expérience de terrain me fait insister également sur l'importance de la qualité des pelouse sur lesquelles évoluent nos joueurs mais surtout sur l'importance du respect des règles en excluant du foot tous les comportements dangereux et "assassins".

#### MORT SUBITE DU FOOTBALLEUR.

## MORT SUBITE DU FOOTBALLEUR

La mort subite au cours d'un effort physique ou immédiatement après celui-ci est un phénomène bien connu depuis longtemps. Souvenons nous de ce soldat Grec ayant couru depuis Marathon jusqu'à Athènes pour annoncer la victoire contre les Perses et décédant juste après l'avoir fait. C'était 490 ans avant JC, il se nommait Pheidippides.

Peu d'études sont consacrées à ce sujet mais, sans rentrer dans des détails médicaux trop précis quelques chiffres sont intéressants à connaître :

Ce phénomène de mort subite intéresse - 9 hommes pour 1 femme.

- 40000 personnes en France dont 1500 lors de la pratique sportive.

- en premier lieu le foot ball ( pour l'ensemble de l'Europe)

Le Dr Jean Pierre de Montenard a fait un " recensement" de ces morts subites qui ont marqué le foot :

1914 - Bobby Benson (GBR - 33 ans) Arrière de Sheffield United, Benson avait joué un match pour l'Angleterre en 1913. A été convaincu de revenir jouer pour Arsenal contre Reading après un an d'absence. A la mi temps il s'est retiré, se sentant mal, et il est mort dans les vestiaires.

1969 - Giuliano Taccola, (IT - 25 ans) Même s'il est fiévreux, Giuliano Taccola reçoit l'ordre de rejoindre l'AS Roma qui doit rencontrer Cagliari en Sardaigne. Ce sera son dernier match. Il tombe foudroyé à l'issue de la rencontre.

1973 - Pavao (POR - 26 ans) "L'énorme euphorie provoquée à Porto par la venue de Cubillas "El Salvador" (Le Sauveur) a été brutalement atténuée par un événement tragique. Au cours du match qui devait voir la victoire de Porto sur Setubal, le leader, l'international de Porto, Pavao, acteur du récent France-Portugal au Parc des Princes, s'effondra, terrassé par une crise cardiaque. Quelques instants plus tard, il expirait... Il avait 26 ans." Fait étonnant: il est mort à la 13e minute, du 13e match de ce Championnat 1973. [Miroir du Football, 27 décembre 1973]

1977 - Renato Curi (ITA - 24 ans) En mai 1977, le célèbre milieu de terrain du club italien Perugia de première division, est mort d'une attaque cardiaque sans avoir subi le moindre contact. L'autopsie révéla qu'il souffrait d'une maladie cardiaque chronique. Trois médecins qui l'avaient examiné avant le match ont été poursuivis pour négligence. Il a été allégué qu'ils auraient dû lui interdire de jouer. Le matin du match fatal seule une infiltration à sa cheville endolorie avait assuré sa participation.

1979 - Mohamed Ali Akid (TUN - 30 ans) Crise cardiaque lors d'une séance d'entraînement. L'international tunisien avait participé à la Coupe du monde en Argentine l'année précédente.

1979 - Marcel Wassmer (FRA - 30 ans) Capitaine en 1976 de l'équipe première de Sochaux et international B. Foudroyé en plein effort par une rupture d'anévrisme.

1980 - Gérard Grégoire (FRA - 31 ans) L'ex-professionnel troyen qui évoluait cette année dans l'équipe de Tavaux s'est écroulé à la fin de l'entraînement. Tous les efforts pour le ranimer furent vains.

1980 - Omar Sahnoun (ALG-FRA - 24 ans) Le 21 avril, le père de Nicolas Sahnoun, milieu défensif bordelais, décède d'une crise cardiaque à Bordeaux lors d'un footing à l'entraînement. Avait déjà eu un malaise en 1977. International A (6 sélections).

1981 - Guy Lassalette (FRA - 37 ans) Il avait fait l'essentiel de sa carrière au FC Sochaux-Montbéliard, international junior, espoir et B, victime d'une crise cardiaque alors qu'il disputait un tournoi de tennis.

1982 - Roger Claessen (BEL - 42 ans) L'ancien avant-centre du Standard de Liège et de l'équipe de Belgique (17 sélections) est mort d'une crise cardiaque. Au cours de ces cinquante dernières années, quatre autres joueurs des divisions supérieures belges décédèrent d'un accident cardiaque: Valkenborghs, Dujoux, Gorissen et Soulier.

1982 - Jean-Pierre Coppin (FRA - 34 ans) Ancien joueur de Nice, mort subitement à l'issue du match de football opposant Hénin-Beaumont à l'AS Barlin.

1983 - Claude Papi (FRA - 33 ans) L'ancien international bastiais, qui avait mis un terme à sa carrière professionnelle en avril 1982 a été victime d'une hémorragie cérébrale alors qu'il disputait une partie de tennis.

1983 - Victor Trossero (ARG - 30 ans) "L'attaquant argentin Victor Oscar Trossero est mort, frappé d'une crise cardiaque, alors qu'il prenait sa douche à l'issue du match de championnat qu'il venait de disputer avec River

Plate, contre Rosario. Il avait trente ans. Né le 15 septembre 1953 à Santa Fe, il avait commencé sa carrière à Boca Juniors, puis avait joué au Racing de Buenos Aires, à l'Union de Santa Fe. Il était ensuite venu en France, remportant le titre de champion (1980) et la Coupe de France (1979) avec Nantes, avant de jouer à Monaco puis à Montpellier qu'il avait quitté en 1981 pour retourner en Argentine." [L'Équipe, 14 octobre 1983]

1987 - Paulo Navalho (POR - 22 ans) Le footballeur portugais est décédé après s'être effondré durant un match amical entre son club de seconde division Atletico de Lisbonne et le club El Jacir, des Émirats Arabes Unis (EAU).

1987 - Olivier Petit (FR) Emmanuel Petit sait de quoi il parle quand il déclare, après la décision de Joseph Blatter de faire disputer la finale de la Coupe des Confédérations malgré le décès de Marc-Vivien Foé, "qu'il faudrait maintenant penser aux hommes avant de penser au jeu". Son frère Olivier est décédé lui aussi sur un terrain en 1987: rupture d'anévrisme. [L'Humanité, 13 juin 03]

1989 - Samuel Sochukuma Okwaraji (NIG - 24 ans) "Samuel Sochukuma Okwaraji a été élu dimanche 31 décembre 1989, par la quasi-totalité des journalistes nigériens, "Sportif nigérien 1989" à titre posthume. Sam Okwaraji qui évoluait dans le Championnat de Belgique avait succombé le 12 août dernier à un arrêt cardiaque lors du match éliminatoire de Coupe du monde Nigéria-Angola." [L'Équipe, 2 janvier 1990]

1990 - Dave Longhurst (Ang-25 ans) Lors de la rencontre opposant York City à Lincoln City, Dave Longhurst s'effondre. L'autopsie révèle une malformation cardiaque. [The Guardian, 27 juin 2003]

1995 - Augusto Candido (BRE - 23 ans) "Augusto Candido de Susa Alencar, vingt-trois ans, appartenant au FC Boom, club belge de deuxième division, est décédé samedi 4 février, à la 55e minute du match de championnat qui opposait son équipe de la banlieue d'Anvers à celle de Geel. Augusto a été victime d'une rupture de l'aorte et n'a pu être ranimé. Son décès a provoqué une vive émotion dans les milieux du football belge." [L'Équipe, 7 février 1995]

1995 - Albino Ribeiro "Bareta" (POR - 31 ans) "Le gardien de but d'un club de deuxième division du Championnat régional de Braga (nord du Portugal) est mort dimanche 26 février dernier sur le terrain alors qu'il s'échauffait avec ses coéquipiers avant le début du match. Albino Ribeiro "Bareta", âgé de trente et un ans s'est effondré. Transporté immédiatement à l'hôpital de Vila Verde, près de Braga, il est décédé pendant le trajet." [L'Équipe, 2 mars 1995]

1995 - Amir Angwe, (NIG - 29 ans) Demi-finale de la Mandela Cup contre l'équipe mozambicaine Maxaquane, l'attaquant du Julius Berger FC monte au jeu. Il est survolté et pèse de tout son poids sur la rencontre. Il ne reste que quelques minutes. Sur un coup de coin, il s'écroule. Il ne se relèvera plus. Les médecins du club de Lagos qui avaient fait subir un contrôle médical aux membres de l'équipe avaient trouvé que Amir Angwe était le plus en forme... [Vanguard, 2 août 03]

1996 - Josif Gjergi (ALB - 30 ans) "International albanais de football (il avait fui son pays après un match contre la France au Parc des Princes en 1991), Josif Gjergi est mort le 7 janvier à trente ans d'une crise cardiaque en plein match, alors qu'il débutait avec sa nouvelle équipe (Deux-Sèvres). Marié, père d'une petite fille de trois mois, Gjergi a été inhumé à Tirana." [L'Équipe, 23 janvier 1996]

1997 - Emmanuel Awanegbo (NIG) Emmanuel Awanegbo, joueur nigérien évoluant en Allemagne est décédé des suites d'une crise cardiaque douze minutes à peine après le coup de sifflet initial. [The Tribune, 27 juin 03]

1997 - Hedi Berrakhissa (TUN - 24 ans) La rencontre amicale Espérance Tunis -Lyon (2-3), samedi après-midi à Tunis, s'est achevée dramatiquement avec le décès de Hedi Berrekhissa, le jeune défenseur de l'Espérance de Tunis (vingt-quatre ans), international et Ballon d'Or tunisien, victime d'un malaise cardiaque. Alors que l'on jouait les arrêts de jeu, le joueur s'est effondré sur la pelouse. Christophe Cocard, à ses côtés, raconte: "Personne ne l'a touché. Il est tombé comme ça. A terre, il a été victime de convulsions. Ses yeux roulaient. C'était dramatique et impressionnant. Moi, je croyais qu'il avait avalé sa langue. Il s'étouffait." Le docteur de l'OL, Jean-Marcel Ferret, présent sur le banc, s'est aussitôt porté à son secours. "J'ai tout de suite vu qu'il s'agissait d'un arrêt cardiaque. Il a été pris de trismus, c'est une réaction logique de l'organisme qui bloque la mâchoire dans ce genre d'accident. On lui a sorti la langue et, avec des massages cardiaques, il est un peu revenu à lui avant de replonger." A l'arrivée de l'ambulance du SAMU sur le terrain, Hedi Berrekhissa était dans le coma. Les infirmiers l'ont aussitôt ventilé puis intubé, une perfusion a même été mise en place, mais, selon le docteur Ferret, "il n'y avait déjà pratiquement plus rien à faire". Le joueur est décédé en effet à la clinique où il a été transporté. [L'Équipe, 6 janvier 1997]

1999 - Stefan Vrabioru (ROU - 24 ans) "Un joueur de l'équipe roumaine d'Astra (D1 roumaine) est décédé hier après-midi (25 juillet). Pris d'un malaise en fin de première mi-temps d'un match contre le Rapid, le joueur a été transporté dans un hôpital de Bucarest mais il n'a pas pu être sauvé. Une autopsie doit être effectuée aujourd'hui pour connaître les causes de ce décès. Cependant, une polémique a déjà vu le jour. Selon le président du club d'Astra, Reomo Pascu, l'ambulance qui a conduit le joueur ne disposait pas de matériel de réanimation et aucun médecin n'a pu intervenir auprès du joueur avant l'arrivée à l'hôpital." [C'Foot, 26 juillet 1999]

2000 - John Ikoroma (NIG - 17 ans) En février, le joueur des Rangers International effectue un test dans le club d'Al-Wahda aux Émirats Arabes Unis contre le club kazakh d'Astana. A vingt minutes du coup de sifflet final, il s'écroule victime d'une crise cardiaque. L'international nigérien des moins de 17 ans décèdera quelques temps plus tard à l'hôpital. [The Tribune, 27 juin 03]

2001 - Lakdar Boukria (FRA - 26 ans) "Lakdar Boukria, capitaine de l'équipe de football d'Illkirch-Graffenstaden (division d'honneur) et membre de l'équipe de France de football en salle, est mort mercredi 15 août, d'une crise cardiaque, a-t-on appris jeudi auprès du club. Le jeune homme, âgé de 26 ans, s'était plaint de douleurs

au ventre après un décrassage mercredi matin. Il a été retrouvé mort dans le parc de stationnement du stade en fin de matinée. Il évoluait à Illkirch-Graffenstaden, dans la banlieue de Strasbourg, depuis cinq ans." [Agence France-Presse, 16 août 2001]

2001 - Youssef Benkhouja (Mar - 26 ans) Le 30 septembre, le Raja accueille le WAC au stade Mohammed V de Casablanca. Youssef Benkhouja et Zakaria Aboub livrent un duel aérien. Aboub se relèvera. Pas Benkhouja. Les yeux révoltés, il suffoque. Malheureusement pas d'ambulance, ni même un masque à oxygène, pour essayer de le garder animé. C'est seulement à la fin du match que les autres joueurs apprendront la nouvelle: Benkhouja est décédé. L'autopsie révélera une insuffisance cardiaque compliquée par un œdème pulmonaire. [Maroc Hebdo International, 5 octobre 2001]

2002 - Marcio Dos Santos (BRE - 28 ans) En octobre, l'attaquant brésilien est décédé d'une crise cardiaque quelques heures après avoir marqué un but en faveur de son club péruvien, le Deportivo Wanka.

2002 - Michael Michael (CHY - 32 ans) Michael Michael, joueur d'un club chypriote de seconde division s'écroule des suites d'une attaque cardiaque juste après le coup de sifflet de l'arbitre indiquant un coup franc en faveur de son équipe pour une faute sur l'un de ses partenaires. Faute d'ambulance, le joueur ne peut être transporté immédiatement. Sa mort est prononcée à l'arrivée à l'hôpital. [The Tribune, 27 juin 03]

2002 - Stefan Toleskin (MKD - 23 ans) En décembre dernier, le jeune défenseur du FK Napredok s'écroule au cours de la première mi-temps de la rencontre opposant son équipe à Kumanovo. Ce grand espoir du football macédonien mourra quelques instants plus tard à l'hôpital des suites d'une crise cardiaque. [The Tribune, 27 juin 03]

2003 - Gelu Dascalu (ROU - 20 ans) "Un jeune footballeur roumain âgé de 20 ans est mort des suites d'une attaque cérébrale après avoir passé plus d'une semaine dans le coma, a annoncé son club jeudi 9 janvier. Gelu Dascalu, sous contrat avec le club de Ceahlautul Piatra Neamt, avait été frappé le 28 décembre et se trouvait dans le coma depuis cette date. Il est mort mercredi 8 janvier dans un hôpital de Bucarest. Selon le rapport d'autopsie, c'est une anomalie congénitale qui a entraîné une hémorragie cérébrale et l'attaque. "Il était l'un des espoirs du football roumain", a déclaré Ioan Mironas, le manager du club. "C'est un choc terrible pour nous." Milieu de terrain, Dascalu avait surtout joué avec l'équipe B du club. Il avait été promu en équipe première au mois de novembre mais n'avait pas encore fait ses débuts en première division". [Associated Press, 10 janvier 2003]

2003 - Maximiliano Patrick Ferreira (BRE - 20 ans) "Un footballeur brésilien d'un club de troisième division, âgé de 20 ans, est mort mercredi 3 juillet, après une séance d'entraînement au cours de laquelle il s'était senti mal. Son club, Botafogo-Ribeirão Preto a fait savoir sur son site web que Maximiliano Patrick Ferreira, dit "Max", était mort à l'hôpital. "L'athlète s'est senti mal, a reçu aussitôt une assistance et a été hospitalisé mais les efforts de l'équipe médicale n'ont pas suffi à le sauver", déclare son club. Selon les médias, le joueur s'est effondré peu après avoir dit à un de ses coéquipiers qu'il avait la tête qui tournait. Le médecin de l'équipe, Alexandre Vega, a déclaré que "Max" n'avait aucun antécédent médical particulier." [Reuters, 3 juillet 2003]

2003 - Marc-Vivien Foé (CAM - 28 ans) Jeudi 26 juin, stade Gerland à Lyon, la demi-finale de la Coupe des Confédérations oppose le Cameroun à la Colombie. Il est 19 heures 36. Le milieu de terrain des Lions indomptables vient de s'effondrer à la 72e minute. Peu après 20 h 30, la FIFA annonce le décès, à l'âge de 28 ans, de Marc-Vivien. L'autopsie attribuera ce décès à une cardiomyopathie hypertrophique obstructive.

## Quelles sont les causes de ces morts subites ?

A chaque fois on retrouve une quasi certitude de l'existence d'une affection vasculaire sous jacente. L'activité sportive n'étant que le révélateur d'une maladie cardiaque méconnue. Deux causes dominent: les affections coronariennes, c'est à dire une pathologie des artères qui nourrissent le muscle cardiaque et la cardiomyopathie hypertrophique, c'est à dire un cœur ayant une cloison entre les deux ventricules exagérément grosse. Il s'agit d'une affection congénitale qui peut être amplifiée par la pratique du sport. S'ensuit une gêne à l'évacuation par l'aorte et des troubles de conduction à l'intérieur du cœur, des troubles du rythme pouvant être gravissimes.

## Y A T'IL MOYEN DE PREVENIR ?

Tout d'abord en suivant à la lettre les recommandations des cardiologues du sport ( article de janvier), en retenant l'importance de signaler au médecin l'existence d'antécédents familiaux d'accidents cardiaques, de conseiller aux "vieux seniors" de plus de 35 ans un test d'effort. Il semble de plus capital de prendre en compte les petits signes avant coureurs qui souvent sont intervenus, douleurs thoraciques, vertiges, palpitations etc..... Mais surtout à petit et moyen niveau l'importance d'une activité régulière, d'une assiduité aux entraînements car on sait de façon formelle que le risque diminue avec l'activité régulière.

Sans vouloir ouvrir une polémique, permettez moi de citer une revue scientifique :

*"De nombreux sportifs de haut niveau sont décédés brutalement ces derniers mois. Les autopsies pratiquées ont conclu à des morts naturelles"*

**une explication jugée "insupportable" par le professeur Jean-Paul Escande, ancien président de la**

commission nationale de lutte contre le dopage.

## DIABETE SUCRE ET FOOT.

### **La pratique du sport est elle possible en étant diabétique?**

Il suffit de regarder autour de soi et de lire la presse sportive pour répondre par l'affirmative.

Quelques exemples suffiront à convaincre les incroyables:

Deux athlètes diabétiques sont parvenus à décrocher l'or olympique aux jeux de Sydney, le nageur Américain Gary Hall fr et le rameur Steve Rdgrave. Le boxeur, champion du monde des welters, Nino Benvenuti, a gardé son titre durant huit ans avant d'être battu par un certain Carlos Monzon. En foot l'extraordinaire Garrincha était diabétique, l'anglais Hateley, avant centre du MilanAC l'était également. Il y a quelques jours deux équipes de diabétiques viennent de participer au célèbre marathon des sables réputé comme étant la course la plus difficile au monde. (7 jours de course, 6 étapes, 250 km en autosuffisance alimentaire.) Il y avait bien entendu dans ce cas précis un environnement médical très présent.

### **Qu'est ce que le diabète?**

On trouve plusieurs définitions et plusieurs terminologies, car le diabète sucré est de deux types( même si les deux résultent du mauvais fonctionnement d'une même glande, le pancréas);

- Le diabète de type 1, ou diabète du jeune (juvénile), ou diabète insulino-dépendant ou encore diabète maigre. .

- Le diabète de type 2, ou diabète de la maturité, ou diabète non insulino-dépendant ou encore diabète gras.

Nous nous intéresserons uniquement au diabète de type 1, puisqu'il touche le joueur en activité. Certains des aliments, lors de la digestion se transforment en sucre (glucose) qui se retrouve dans le sang. Ce glucose pour être utilisé comme carburant par les cellules a besoin d'insuline ( produite par les cellules bêta du pancréas). Grâce à cette insuline le glucose pénètre dans ces cellules ou il est transformé en énergie.

Chez le diabétique de type 1 l'organisme produit des anticorps qui détruisent ces cellule bêta, de ce fait l'insuline est produite en quantité trop faible et le glucose ne rentre plus dans les cellules et reste dans la circulation ( le diabète de type 1 est ce que l'on appelle une maladie auto-immune). Il faut donc apporter de l'insuline et ce sont les injections que le diabétique est obligé de s'administrer.

### **Pourquoi faire du foot?**

L'activité physique et sportive est essentielle pour chacun mais d'autant plus pour le diabétique. En effet lors de la contraction musculaire il existe des mouvements de calcium qui facilitent le passage du glucose dans la cellule même si l'insuline est absente.

La circulation sanguine est améliorée par l'exercice cela permet également au glucose de franchir les membranes sans "avoir besoin" de l'insuline. Un autre bienfait résultant de l'exercice régulier d'un sport est ce que l'on appelle la "néoglucogénèse hépatique". Il s'agit de la possibilité de l'organisme, et du foie en particulier, de pouvoir fabriquer du glucose à partir d'autres substances, et donc de se prémunir de " défauts d'apports".

Le foot pratiqué régulièrement permet tout cela.

### **Y a t'il des précautions particulières?**

Le diabétique, par expérience, pose très peu de problèmes à l'encadrement d'une équipe de foot. En effet il s'agit d'un joueur qui " se connaît bien", qui a une diététique adaptée, qui est suivi médicalement. La diététique recommandée aux joueurs ne pose aucun problème pour lui! Il sait qu'il ne peut sauter de repas, il connaît l'importance des sucres lents etc....

A mon avis la principale recommandation est simplement se signifier son état de diabétique à l'environnement, joueurs, entraîneurs, dirigeants. Ceux ci doivent être vigilants et avoir à portée de mains des boissons sucrées et du sucre et connaître l'endroit où le joueur met son matériel d'auto-surveillance et pourquoi pas savoir l'utiliser. En effet le diabétique pourra ressentir le besoin de prendre du sucre en cours de rencontre et vouloir contrôler son taux. En tout état de cause, toute sensation de malaise impose l'arrêt de l'effort.

C'est pourquoi il faut que le joueur diabétique se connaisse bien et présente un diabète contrôlé avant tout match de foot.

Le joueur diabétique doit pouvoir apprendre à adapter son traitement en jouant sur sa dose d'insuline, son alimentation, et son auto surveillance.

Il n'oubliera pas un point essentiel propre à la pratique du foot qui est la surveillance de ses pieds mis à rude épreuve dans ce sport, mais là encore le diabétique sait qu'il doit en priorité surveiller ses pieds, son coeur(sa TA) et ses yeux.

Même s'il existe quelques contraintes pour le joueur et pour son environnement, le "jeu en vaut la chandelle" car tous les diabétiques footballeurs sont unanimes pour reconnaître le bienfait apporté sur leur forme mais aussi sur le diabète lui-même.

L'assemblée générale des nations unies a adopté récemment une résolution historique (une première pour une maladie non infectieuse), reconnaissant la menace mondiale que constitue le diabète. Les "gens du foot" doivent être heureux de ne pas l'ignorer!

## LE STRESS ET LE FOOT.

# MARS 2006 : LE STRESS ET LE FOOT.

Le stress est un mot très employé actuellement. Ce stress est devenu le mal du siècle. On peut néanmoins considérer qu'il est indispensable à toute performance.

## Petit historique

C'est en 1936 que Hans SEYLE, physiologiste canadien définit le stress comme "étant une réponse, une réaction de l'organisme à toute demande qui lui est faite, une adaptation de l'organisme à l'agent d'agression et la réaction de défense de cet organisme".

## Définition

Donc on peut et doit dire que le stress n'est ni bon ni mauvais en soi, tout dépend de ce qu'en fait l'organisme.

Chacun sait que des événements heureux ou au contraire malheureux peuvent engendrer des réactions de stress.

Le "**bon stress**" existe : c'est simplement quand l'intensité de la réaction correspond à la situation à affronter. Pour ce faire il apparaît important en premier lieu de se faire la bonne idée de la situation et de ses capacités à pouvoir l'appréhender.

## Prenons l'exemple du match de foot:

Le match n'est pas l'élément stressant en lui-même, c'est ce qu'il représente pour le joueur et surtout l'idée que se fait de lui-même le joueur. "Quelle est ma forme actuelle, quelles sont mes capacités techniques, physiques, psychologiques du moment, suis-je capable de m'adapter à l'équipe adverse, aux conditions extérieures.....etc.

On comprendra aisément que, face à une situation de match identique, certains joueurs présenteront des réactions inadaptées de stress et seront à 50% de leurs moyens alors que d'autres au contraire auront des réponses adaptées à ce stress et seront au maximum.

Il est admis que chez un même joueur, la même situation pourra être vécue comme un stress positif ou négatif selon l'état émotionnel du moment.

On devine l'importance de l'environnement du sportif qui devra d'une part l'aider à appréhender correctement la situation, et surtout l'aider à évaluer les propres ressources dont il dispose pour réussir. **Il faut en effet tout faire pour éviter l'apparition du mauvais stress, du stress négatif avec son cortège d'ennuis divers, mauvais résultats, blessures et même dépression.**

Joueurs, équipiers, entraîneurs, coaches doivent avoir à l'esprit que la réaction de stress est nécessaire et utile car elle mobilise l'énergie nécessaire pour agir et s'adapter aux diverses situations rencontrées lors de la pratique du foot.

Tous doivent de poser les questions essentielles:

**QUELLE EST LA SITUATION ?**

**QUELLES SONT, OBJECTIVEMENT, NOS QUALITÉS POUR RÉAGIR ?**

## En résumé

Selon les réponses apportées on pourra parler de **stress positif (bon stress)** appelé également zone optimale de performance, ou de **stress négatif (mauvais stress)** qui correspond à une baisse des performances.

## Evaluez votre stress

Faites cette petite évaluation rapide pour vous faire une idée.

Avant la compétition :

- Jamais
- Parfois
- Toujours
- Je me sens nerveux
- J'ai des difficultés à dormir
- J'ai le coeur qui bat plus vite
- Je crains de faire une mauvaise performance
- J'ai des maux de ventre ou de tête
- J'ai la bouche pâteuse et les mains moites
- Mon corps et mes muscles sont tendus
- Je suis irritable
- J'ai peur de ne pas atteindre mon objectif

Comptez 0 points si vous avez répondu jamais, 1 point pour parfois et 2 pour toujours. Faites l'addition de vos réponses aux neuf questions posées. Entre 0 et 7 : vous n'êtes pas trop stressé Entre 8 et 11 : attention, le stress peut diminuer vos performances Plus de 12 : Vous êtes trop stressé et vos performances s'en ressentent

## Yves Dubuissez, médecin du sport.

### LA DIETETIQUE D'AVANT MATCH.

La méforme, les contres performances, la baisse de régime rencontrés chez certains joueurs lors des matchs de foot , me semblent très probablement liés à des erreurs de diététique d'avant match. Il me semble donc utile de répondre à deux questions: - *Que doit on manger et boire avant une rencontre ?* - *Quand doit on manger et boire avant une rencontre ?*

## QUE DOIT ON BOIRE ET MANGER ?

En théorie il faut apporter :

- - Des acides aminés sous forme de viande qui assurent un bon tonus pendant une dizaine d'heures.
- - Des sucres qui assureront une constance de la glycémie ( taux de sucre dans le sang) en privilégiant le lévulose que l'on trouve dans le miel.
- - De l'eau qui permettra d'éliminer les toxines.
- - Des jus de fruit qui apportent potassium, calcium, vitamine c , indispensables pour la contraction musculaire.
- - Le sel ( 2 à 4 g) introduit dans la viande est lui aussi indispensable dans la contraction musculaire.

En pratique un déjeuner type pourrait être composé de :

- - Un steak haché accompagné d'un plat de pâtes, de riz ou de pommes de terre, en limitant les corps gras pour la cuisson.
- - Une salade au citron ou à l'huile de tournesol.
- - Deux biscottes au miel ou à la confiture.

- - Un ou deux fruits mûrs.
- - Le tout accompagné d'eau.
- - Un café ou une infusion selon les habitudes.

L'apport hydrique sucré se fera avec la ration d'attente. En effet l'attente, l'anxiété, " les poussées d'adrénaline" peuvent être susceptibles de modifier le taux de sucre dans le sang.

## QUAND DOIT ON BOIRE ET MANGER?

C'est ici peut être le point le plus important. En effet la digestion d'un repas correspond à un "travail" de l'organisme qui entraîne une consommation énergétique. On sait de plus que l'effort sportif entraîne lui, un besoin important au niveau de deux gros consommateurs d'énergie que sont le **cerveau** d'une part et l'**appareil musculaire** d'autre part.

Un repas pris trop près du match aura donc comme conséquences :

*Une mauvaise digestion* et *Une mauvaise disponibilité de l'énergie pour les muscles et le cerveau*. Il est donc communément admis que le dernier repas doit être terminé **au minimum 3 heures avant la rencontre**.

En pratique, pour un match à 15 h, il faut donc débiter son repas à 11h!!!!!!!!!!!! pour le terminer à 12h. (il faut manger lentement) C'est durant ces 3h d'avant match qu'il faudra boire 1/2 à 3/4 de litre d'un mélange de jus de fruit additionné de lévulose ( miel) .Cela permet en effet de maintenir le joueur en bon état de rendement. Il faut arrêter de boire ce type de boisson 1/2 h avant le début du match. A partir de ce moment il est bien sur possible et recommandé de continuer à boire de l'eau peu et souvent . Lors de la mi temps il faudra réhydrater avec de l'eau non glacée, refaire un peu du stock énergétique ( fruits secs, pâtes de fruits, pain d'épices, biscuits, barres de céréales.....)

Après le match il faudra avant tout réhydrater, avec une eau fortement minéralisée.

Durant 20 ans de banc de touche, j'ai acquis la conviction que ces règles simples et peu contraignantes, si elles étaient observées, amélioreraient de façon significative les performances des joueurs de foot.

Yves Dubuissez  
Médecin du sport.

### RECOMMANDATIONS CARDIOLOGIQUES.

En ce début d'année, il est de coutume de prendre de bonnes résolutions. Parmi celles ci, pourquoi ne pas se souvenir des recommandations du club des cardiologues du sport ?

« **Absolument, pas n'importe comment** » **Les 10 règles d'or**

**Recommandations édictées par le Club des Cardiologues du Sport**

- 1/ Je respecte toujours un échauffement et une récupération de 10 min lors de mes activités sportives
- 2/ Je bois 3 à 4 gorgées d'eau toutes les 30 min d'exercice à l'entraînement comme en compétition
- 3/ J'évite les activités intenses par des températures extérieures < - 5° ou > +30°
- 4/ Je ne fume jamais 1 heure avant ni 2 heures après une pratique sportive
- 5/ Je ne prends pas de douche froide dans les 15 min qui suivent l'effort
- 6/ Je ne fais pas de sport intense si j'ai de la fièvre, ni dans les 8 jours qui suivent un épisode grippal (fièvre + courbatures)
- 7/ Je pratique un bilan médical avant de reprendre une activité sportive intense si j'ai plus de 35 ans pour les hommes et 45 ans pour les femmes
- 8/ Je signale à mon médecin toute douleur dans la poitrine ou essoufflement anormal survenant à l'effort \*
- 9/ Je signale à mon médecin toute palpitation cardiaque survenant à l'effort ou juste après l'effort \*
- 10/ Je signale à mon médecin tout malaise survenant à l'effort ou juste après l'effort \*

\* Quels que soient mon âge, mes niveaux d'entraînement et de performance, ou les résultats d'un précédent bilan cardiologique  
Ces recommandations devraient permettre à tous d'éviter les accidents cardiaques qui sont souvent prévisibles. Bonne saison à tous.

Yves Dubuissez, médecin du sport.

### L'IMAGERIE MEDICALE ET LE FOOT.

"Mon corps n'est pas seulement un objet parmi les objets.....il est un objet sensible parmi les autres qui

résonne pour les sons, vibre pour les couleurs.” Le philosophe du siècle dernier Merleau Ponty (phénoménologie de la perception) ne croyait si bien dire. Le médecin du 21<sup>e</sup> siècle a de nombreux moyens d'affiner son diagnostic en utilisant l'imagerie. Quels sont ces moyens:

**- La radiographie classique.**

Elle utilise les rayons x, les doses de ceux-ci sont minimales. Tous les os et les articulations peuvent être radiographiés.

**- Le scanner (ou tomodensitométrie)**

Cet examen utilise également les rayons x délivrés à doses minimales. Ici le tube qui envoie les rayons n'est pas fixe, mais tourne autour du corps. Un système informatique est utilisé pour obtenir les images. Les informations données sont très précises et de l'extérieur du corps on peut soit le découper en tranches ou le reconstruire en 3 D.

**- L'échographie.**

Ici pas de rayons x. La technique utilise les ultrasons. Une sonde placée sur l'endroit du corps à explorer, envoie un faisceau d'ultrasons, selon la nature des tissus ces ondes sont réfléchies avec plus ou moins de puissance, et ces échos sont traités pour visualiser les organes explorés. Les ultrasons sont totalement sans danger.

**- Le doppler**

Utilisant également les ultrasons, cette technique est souvent couplée à l'échographie (echodoppler). Cet examen étudie le débit du sang dans les vaisseaux et donne des renseignements sur l'irrigation des organes. Là encore il s'agit d'un examen sans danger ni contre indication.

**- L'imagerie par résonance magnétique (IRM)**

Aucune radiation n'est utilisée. C'est ici l'association d'un champ magnétique, d'ondes radio et d'un système informatique qui permet la réalisation de superbes images. C'est un examen long, quelque peu désagréable (bruits répétitifs), difficile à supporter pour les claustrophobes et interdit pour tous ceux qui portent un objet métallique (prothèses, plaques, broches.....) ceux-ci pouvant se déplacer à cause de l'aimant.

**- La scintigraphie**

Cette technique, appartient à la médecine nucléaire. Après avoir injecté un composé radio actif, celui-ci va se fixer sur certains tissus ou organes, et en utilisant une caméra particulière (gamma caméra) on obtient les images. Cette technique est intéressante en pathologie osseuse car elle peut dépister des inflammations, des tumeurs, des infections, des fractures quelquefois invisibles en radio classique.....

**Quand utiliser ces différentes techniques?**

Prenons quelques exemples:

**- Dans la pathologie musculaire:**

C'est l'échographie qui est ici l'examen de choix. Réalisée entre 2 et 5 jours après l'accident musculaire elle permet de définir l'étendue des lésions. Dans le suivi du traitement elle peut être d'un apport précieux, indiquant notamment l'apparition de séquelles (calcifications). L'IRM montre des images souvent magnifiques, mais en pratique courante son coût encore très élevé la fait réserver aux cas particuliers, échec des traitements, séquelles douloureuses ou..... joueurs pro.

**- Dans la pubalgie.**

Devant une pubalgie rebelle les radios standards gardent tout leur intérêt et sont dirigées par l'examen clinique. Radio de bassin systématique, mais aussi clichés de hanches, de colonne vertébrale dans sa partie basse (lombaire) pourront être prescrits. L'échographie sera indiquée si l'on suspecte une pathologie des adducteurs. L'IRM pourra préciser certaines lésions, et notamment les phénomènes inflammatoires. Avant tout son intérêt réside dans la démarche du chirurgien qui voudra affirmer avant son geste certaines lésions fibreuses des adducteurs. La scintigraphie, si les radios sont normales pourra en cas de doute donner des informations intéressantes, (fracture de fatigue du bassin, souffrance de hanche).

**- Pour les entorses de genou:**

En urgence radio standard à la recherche d'un arrachement osseux, d'une fracture. Même si l'examen clinique suffit bien souvent pour affirmer une lésion ligamentaire, l'IRM trouve ici une indication très large, tant les images donnent au médecin et au chirurgien des renseignements de grande importance.

**- Pour la tendinopathie calcanéenne (ancienne tendinite d'achille):**

Radiographie standard, à la recherche de calcifications, mais surtout échographie qui donne un bilan des lésions très précis. L'IRM, même si c'est l'examen là encore le plus performant sera réservé au pro, ou si une solution chirurgicale est envisagée.

**- Pour l'entorse de cheville:**

Radio standard, avec comparatif chez le jeune, échographie à la recherche de signes de gravité, scanner en deuxième intention à la recherche de lésions cartilagineuses, l'IRM ici n'a d'intérêt que pour visualiser des lésions tendineuses associées, et pour rechercher un œdème intra osseux.

**- Pour les lésions méniscales:**

Radio standard systématique avec clichés de face, de profil, en "shuss" pour évaluer le contexte, notamment la présence d'arthrose chez le joueur senior, vétérans. L'examen de choix est ici l'IRM qui donne les images précises des ménisques mais également des ligaments. Les techniques de radios avec injection de produit de contraste (arthrographie) sont depuis l'arrivée de l'IRM quasi abandonnées. Il en est de même des arthroscopies à visée diagnostiques qui ne doivent plus être effectuées.

**- Le traumatisme crânien.**

Ici pas d'hésitation. Si au cours d'un match un joueur présente un trauma crânien avec perte de connaissance, le scanner doit être effectué dans l'urgence.

L'imagerie médicale est l'un des domaines de la médecine qui a le plus progressé depuis 20 ans. Le diagnostic médical, néanmoins, est l'aboutissement d'une démarche raisonnée, dont les étapes se succèdent dans un ordre logique

1° interrogatoire minutieux

2° examen clinique soigneux

3° hypothèses diagnostiques avec choix d'examen complémentaires ne pouvant exclure l'imagerie.

C'est au cours de la première étape que l'homme de terrain, joueur, soigneur, entraîneur..... peut avoir un rôle capital. En effet le mécanisme ayant entraîné la blessure revêt une grande importance. Y a-t'il eu choc direct, rotation d'un membre, hyperextension....., quel était l'état de la pelouse etc..... Tous les indices sont indispensables et aideront le médecin.

**Retenons simplement que l'imagerie seule ne soignera jamais personne!!!!!!**

Yves DUBUISSEZ, Médecin du sport.

### LE FOOT, L'ENFANT ET L'ADOLESCENT.

Quelques questions et quelques réponses.

#### **L'enfant doit-il faire du foot?**

*" Le développement de la motricité poursuivi et assuré par l'apprentissage du mouvement volontaire.....est un élément essentiel de la découverte de soi. Ce qui apparaît être une découverte fondamentale de l'éducation." (Dr Henri Périé )*

*" Notre nature est mouvement, ...le repos entier est la mort" écrivait Pascal.*

Depuis toujours et peut être encore plus aujourd'hui, on sait que le sport fait partie des rythmes de vie de l'enfant comme le sont l'alimentation, le sommeil, l'activité scolaire... Tous les sports sont à conseiller à l'enfant, et si il faut choisir il faut le faire en écoutant les désirs de celui-ci. Le foot à un avantage considérable c'est qu'il s'agit d'un sport de socialisation qui va apprendre à l'enfant le respect de l'autre, le partage de l'effort et qui fait travailler membres supérieurs et inférieurs ainsi que la coordination.

#### **A quel âge commencer le foot?**

Si votre club est correctement structuré, vers 5 ans un enfant peut approcher le foot dans une école, mais c'est bien sûr vers l'âge de 7 ans environ que l'enfant pourra débiter un vrai apprentissage car son schéma corporel se met en place et il peut acquérir un contrôle postural, un bon équilibre, une bonne coordination et pouvoir anticiper, apprendre à se placer et commencer à travailler les gestes techniques.

Nous sommes nombreux, médecins du foot, responsables de ligues, de districts, dirigeants, entraîneurs à insister sur une règle majeure: **Dans la phase pré pubertaire l'apprentissage du foot devrait être basé uniquement sur le jeu, en excluant toute idée de performance et de résultat.** Malheureusement tous n'adhèrent pas encore pleinement à cette idée. Un conseil aux parents: choisissez un club qui défend celle-ci!

#### **Le foot est-il dangereux pour la croissance?**

Les motivations de l'enfant .....ou de ses parents ne doivent en aucune manière nuire à la croissance. Si en théorie on sait que la puberté débute chez la fille vers 11 ans et chez le garçon vers 13 ans chacun de nous sait que cela est en effet très aléatoire.

Les médecins du sport aiment à utiliser un outil très simple pour situer avec précision l'enfant dans cette période, la radiographie du poignet et de la main gauche Celle-ci nous donne L'AGE OSSEUX(AO) que l'on peut différencier de L'AGE CIVIL. Cela est intéressant pour aider l'entraîneur dans la charge de travail, et quelquefois expliquer certaines pathologies rencontrées. On sait en effet qu'il existe au niveau des zones d'attache des tendons sur l'os des microtraumatismes Or ces zones, lors de la croissance, sont des zones de faiblesse et quand elles sont trop sollicitées causent de véritables pathologies. Citons les plus connues:

- La pathologie de Sever (ostéochondrose du calcanéum, os du talon) à 10 ans d'AO

- La pathologie d'Osgood- Shlatter (ostéochondrose de la tubérosité tibiale antérieure, sous la rotule du genou) à 12 ans 1/2 d'AO;

- Vers 15 AO les pathologies du bassin et de la colonne vertébrale (maladie de Sheuermann)

Ces zones d'attache, peuvent en étant fragilisées, lors de contractions musculaires brutales entraîner des arrachements.

#### **Le foot est-il brutal?**

Certes il s'agit d'un sport de contact, mais là encore un bon apprentissage devrait être la meilleure des garanties. Il existe des contusions musculaires, des entorses, des fractures de fatigue rares, des ostéochondroses..... Mais tout cela engendre à chaque fois des douleurs! Une règle simple doit être observée chez l'enfant: toute douleur doit impérativement entraîner l'arrêt du sport, amener à consulter le médecin qui s'attachera à en trouver la cause! Toute douleur a une cause!

**N'oublions jamais que la souffrance n'endurcit pas, et que le sport n'est pas fait pour faire souffrir!!!!!!**

Il faut savoir également que les accidents musculaires (déchirures) sont rares chez l'enfant et l'adolescent et

qu'il faut de ce fait toujours craindre une fracture sous jascante. Un élément de prévention important semble résider dans des étirements bien conduits.

La raison en est simple: l'allongement des membres se fait à partir des os, et les tissus "mous" entourant ceux ci ( muscles, ligaments, vaisseaux, nerfs, peau) doivent "suivre" et s'adapter. Cela explique bien les raideurs musculaires importantes constatées lors de la croissance. En résumé on sait que l'enfant en croissance est doté de capacités souvent surprenantes qui l'incitent à la performance. On sait aussi, malheureusement que ce corps en croissance peut souffrir irréversiblement et la responsabilité en incombe aux entraîneurs, aux parents et aux médecins.

Alors respectons tous les règles élémentaires de prévention durant cette période de croissance, et n'oublions pas: IL FAUT ADAPTER LE FOOT A CHAQUE ENFANT ET NON PAS LE CONTRAIRE.

Yves DUBUISSEZ, Médecin du sport.

### LES ACCIDENTS MUSCULAIRES CHEZ LE FOOTBALLEUR.

Les ennuis musculaires représentent certainement avec l'entorse de la cheville et du genou la pathologie traumatique la plus fréquente dans la pratique du foot. Après un rappel de la classification communément admise, il paraît important d'envisager la prévention, et bien sur la reprise de l'activité sportive.

#### **CLASSIFICATION DES LESIONS MUSCULAIRES.**

##### **1°) Les accidents musculaires sans lésion anatomique.**

- **La crampe:** Connue de tous, en fin d'entraînement ou de match, contraction involontaire et douloureuse se passant en quelques minutes avec de simples étirements le plus souvent.
- **La courbature:** Douleurs musculaires survenant 12h ou 24h après l'effort, les muscles sont douloureux, la gêne peut durer une semaine. Massages, pommades, réduction de l'activité suffisent le plus souvent à remettre tout en état.
- **La contracture:** Il s'agit le plus souvent d'une contraction de défense. La contraction est involontaire, inconsciente et permanente. C'est la contracture du torticolis, du lumbago par exemple. Ici l'aide médicamenteuse sera le plus souvent utile et nécessaire.

Dans ces accidents musculaires faut il avoir recours aux examens complémentaires, comme l'échographie? Votre médecin après vous avoir examiné et interrogé vous répondra par la négative.

##### **2°) Les accidents musculaires avec lésion anatomique.**

- **L'élongation (stade 1):** C'est la "pointe" ressentie après un tir, un tacle.....Anatomiquement il existe des micro déchirures sur ce muscle qui a été sollicité à la limite de son étirement maximal. La douleur est brutale et modérée ainsi que l'impotence. Il n'y a pas d'ecchymose (bleu) ni d'hématome. La mobilisation active du muscle est quasi non douloureuse. Une contention extensible sera la bienvenue.

- **La déchirure (stade 2):** Ici il y a déchirure de fibres voire de faisceaux musculaires. C'est le "claquage". Le mécanisme peut être intrinsèque (sans cause extérieure), il y a contraction violente et rapide du muscle, démarrage rapide, shoot dans le vide.....Mais il peut être extrinsèque (cause extérieure), c'est la fameuse "béquille" bien connue. La douleur est brutale et localisée, l'impotence est totale, il existe un hématome, une ecchymose et souvent en palpant le muscle on peut percevoir une petite dépression..La mobilisation active est douloureuse. Une contention inextensible est indispensable.

- **La rupture (stade 3) La désinsertion:** Il existe ici une déchirure totale du muscle soit par un mécanisme intrinsèque (contraction excessivement brutale et forte) soit par mécanisme extrinsèque (choc direct et violent sur un muscle contracté). La douleur est "terrible" l'impotence est totale, la mobilisation active impossible, il y a rapidement formation d'un hématome. Il faut d'emblée immobiliser le muscle et consulter au plus vite. (Chirurgie possible)

Dans ces 3 stades il faudra avoir recours à des examens complémentaires. L'examen clé est ici représenté par l'échographie. Il est intéressant de la pratiquer entre la 48° et la 72° heure. Elle pourra être répétée pour suivre l'évolution des lésions.

#### **QUE FAIRE AVANT DE CONSULTER?**

Au bord du terrain, le soigneur appliquera la consigne GREC (cf article du mois de septembre).

Il semble important de noter certains facteurs de gravité:

- La douleur syncopale, "terrible"
- La perception d'un craquement, d'un claquage.
- L'apparition rapide d'une ecchymose.
- L'impotence fonctionnelle immédiate.
- Le mécanisme lésionnel.

Ces renseignements seront utiles pour le praticien qui prendra en charge la blessé.

#### **PEUT ON PREVENIR CES ACCIDENTS MUSCULAIRES?**

L'entraîneur, le coach, le médecin peuvent chacun dans leur registre, aider à prévenir ces accidents.

**1°) Respect des règles du sport** et refus de tout geste agressif, coups inutiles, tacles assassins..... On évitera alors bon nombre d'accidents souvent graves déchirures et ruptures.

**2°) Respect des règles hygiéno diététiques**, en privilégiant l'absorption des sucres lents, l'hydratation suffisante (3 litres d'eau/ jour), en évitant les excès de protéines animales et les graisses. Ne pas oublier l'hygiène bucco dentaire.

**3°) Respect de la préparation athlétique** qui idéalement comprend 3 stades:

- Le **renforcement musculaire global** fait partie de toute préparation à l'effort.
- Les **étirements** sont prépondérants. Etirements en tension passive en phase de récupération, étirements en tension active (contraction associée à l'allongement) lors de la préparation à l'effort.
- L'**échauffement** indispensable avant chaque entraînement et chaque match. En effet il augmente la température du muscle et met celui ci "en éveil".

#### **QUAND REPRENDRE LE FOOT?**

Voilà la question que l'on pose au médecin ou au kiné avec souvent beaucoup d'insistance.

Pour les accidents sans lésion anatomique la reprise est bien sur rapide. A l'inverse quand il y a lésion anatomique il est impératif de respecter des délais. En moyenne il faut compter avant la reprise de l'entraînement:

- 10 jours pour une élongation
- 30 jours pour une déchirure
- 50 jours pour une rupture.

Durant cette période il faudrait idéalement avoir recours au kiné .

Après cette période, l'entraînement pourra être repris avec prudence et il faudra là encore être patient et respecter d'autres délais avant la reprise de la compétition:

- 5 jours pour une élongation
- 15 jours pour une déchirure
- 30 jours pour une rupture.

Dans tous les cas il faut que la douleur ait disparu, et que pour les accidents musculaires des membres inférieurs (les plus fréquents) la course lente se fasse sans boiterie et que l'appui monopodal (sur un pied) soit possible.

En résumé ne jamais banaliser un accident musculaire, être attentif aux signes de gravité que tout homme de terrain doit savoir repérer, et surtout savoir être patient et ne pas hésiter au moindre doute à consulter le médecin qui jugera de l'opportunité de recourir aux examens complémentaires d'une part et se fera aider par le kiné d'autre part. Grâce à cela le footballeur ne sera pas ce blessé permanent que l'on voit trop souvent!

Yves DUBUISSEZ, médecin du sport.

#### LES BONS GESTES.

Vous êtes présents sur la feuille de match, dirigeant, entraîneur, soigneur, joueur..... vous vous trouvez en présence d'un traumatisme articulaire ( cheville, poignet, genou, coude...), mais vous n'êtes pas médecin.

Que devez vous faire?

Retenez un seul mot: **GREC**.

G comme glaçage

R comme repos

E comme élévation

C comme compression.

Prenons l'exemple d'un traumatisme articulaire fréquent dans la pratique du foot: l'entorse de cheville. Il s'agit d'une simple élongation ligamentaire sans signe de gravité, c'est la simple "foulure", mais ce pourra être également l'arrachement d'un ou plusieurs faisceaux ligamentaires avec signes de gravité ( gonflement immédiat, craquement, sensation de dérobement, large ecchymose ).

Que faire sur le bord du terrain?

**Glacer** pour "refroidir" la cheville en évitant le contact direct de la glace sur la peau.

**Repos** en évitant tout appui sur la cheville douloureuse.

**Elever** le membre en mettant le blessé allongé pour limiter le gonflement

**Comprimer** avec une bande si possible élastique sans trop serrer.

Ensuite ne pas oublier de consulter rapidement le médecin qui effectuera le bilan des lésions. Ne pas

oulier également que l'avenir d'un traumatisme dépend souvent des premiers soins!

**Un seul réflexe: GREC!!!!!!!!!!!!!!**

Yves DUBUISSEZ, médecin du sport.

### UNE BONNE PREPARATION !.

Septembre approche et avec lui une nouvelle saison sportive que vous souhaitez entamer en pleine forme... Pour ce faire, quoi de mieux vous dites vous, que de perdre ces petits kilos accumulés pendant la trêve estivale ?

Il est légitime de vouloir ré aborder la saison en pleine possession de ses moyens. Cependant, afin de ne pas obtenir l'effet inverse, quelques grandes erreurs sont à éviter :

- Il s'agit tout d'abord de conserver un apport de féculents suffisant dans la journée pour être performant à l'entraînement : pas de diabolisation de ces aliments, donc : ils devraient être présents à chaque repas.
- De la même façon, conserver un bon apport de protéines permettra de prévenir la destruction excessive du tissu musculaire (au risque d'une fatigue permanente, d'un risque accru de blessures, de la baisse des défenses immunitaires et tout simplement, de la performance)

Souvenez vous qu'avec la reprise de l'entraînement viendra la resynthèse de masse musculaire. Celle-ci contribuera à augmenter l'énergie brûlée au quotidien. La perte de poids restant la conséquence d'un apport énergétique inférieur aux besoins, l'augmentation de vos dépenses énergétiques, pour un apport identique suffira à faire tranquillement la différence.

- Préférez les aliments simples, aux plats ou autres pâtisseries industrielles, qui contiennent le plus souvent beaucoup de sucres raffinés et de matières grasses.

Pas question donc, d'un régime trop strict, même si les plaisirs de l'été (barbecue-merguez , glaces, apéros) diminueront en fréquence progressivement.

**Et n'oubliez pas de boire suffisamment, avant, pendant et après l'entraînement ou les matchs ! Cela fera l'objet d'un prochain article sur club2foot.com**

Ludivine VILAIN, Diététicienne.