

# **REUNION COMED**

## **JEUDI 22 OCTOBRE 2009 A PARIS**

**Présents** : M. BEESLEY Patrick, M. CAVELIER Vincent, M. DANNEL Bernard, M. FACQUEZ Thierry, M. GUINCESTRE Jean-Yves, M. HUGUET Jacques, M. MURGUES Gérard, M. ORLU Marc, M. RUA Roger, M. SORRENTINO Daniel, M. RESTOUT Philippe

**Invités** : M. BUGEAUD Jean-Luc, M. LE VAN Philippe

**Excusés** : M. CANTIN Thierry, M. MAININI Yvan

**Absent** : M. FOULT Hervé

**Assiste** : Ana CHAILLOT

### **1-) Ouverture par le Président – Jean-Yves GUINCESTRE**

Jean-Yves GUINCESTRE ouvre la séance, remercie les personnes présentes et excuse les membres n'ayant pu se rendre disponible.

### **2-) Organisation de la Comed 2009/2012**

Une étude des candidatures pour le remplacement du Dr Vincent CAVELIER est en cours. Il a été demandé que le Médecin Directeur National soit du milieu sportif et de préférence Basket, ses missions seront les mêmes que celles du Dr Vincent CAVELIER (relation avec INSEP, CNOSF, suivi des jeunes en pôles, AFLD, Ministère ....)

Il a été demandé également du personnel pour l'été afin de palier à l'absence de Daniel SORRENTINO pour la préparation du matériel médical pour les différentes Equipes de France.

Daniel SORRENTINO informe qu'il a été reçu par le Trésorier Fédéral afin de discuter d'une éventuelle augmentation du prix des vacances pour cette saison, et il espère obtenir satisfaction à sa demande ou du moins en partie.

### **3-) Compte rendu de la campagne estivale par Vincent CAVELIER- Marc ORLU**

Suite à une réunion entre la DTBN et la COMED, il en est ressorti que les entraîneurs étaient satisfaits des staffs désignés, pas de problème en particulier de relevé, tout a été géré avec beaucoup de réactivité même pour les équipes qui se trouvaient à l'étranger.

Les informations médicales des joueuses et joueurs ont été saisies pour les équipes comme demandé par le médecin ou le kiné, au jour le jour ou à la fin du stage. Lorsque il y a besoin de déranger le Dr Vincent CAVELIER ou Dr GUINCESTRE peut importe l'heure du jour ou de la nuit les personnes ont eu réponse à leurs interrogations.

Il faut dire que pratiquement toutes les équipes en Championnat d'Europe ou Championnat du Monde ont pu être dotées d'un ultra son, les équipes parties au bout du monde ont reçu leurs matériels en temps et en heure malgré quelques difficultés avec les douanes.

Pour l'équipe A filles la logistique a été assuré et le fait que leur championnat se soit terminé avant les autres a facilité les choses, pour l'équipe A garçons la logistique a été bien plus lourde mais il est de important noter que les joueurs étaient ravis d'avoir un staff élargi.

#### **4-) Epidémie de grippe A H1N1 – Etat des lieux- Jean-Yves GUINCESTRE**

La Fédération va élaborer un PCA (Plan de Continuité de l'Activité) pour l'organisation de l'activité de la structure. Celui-ci sera mis en œuvre en cas de pandémie.

Une cellule va être mise en place elle sera composée du Médecin Fédéral, du Président de la Commission Fédérale Sportive et de la Secrétaire Générale, cette dernière pourra être amenée à prendre des mesures ponctuelles d'adaptation (rencontres à huis-clos), report ou annulation de rencontre en cas de déclaration de cas groupés (au minimum 3) et au moins 30 heures avant la rencontre.

Les décisions prises par la cellule tiendront bien évidemment compte de la particularité de chaque cas grâce à une analyse précise de la situation avec des éléments probants. Le déroulement des compétitions doit être préservé.

#### **5-) Présentation des Journées Médicales de Limoges en 2010 – Jean-Luc BUGEAUD**

Les 46<sup>èmes</sup> Journées Médicales de la Fédération Française auront lieu le 27 mars 2010 dans la salle de l'Assemblée du Conseil Régional du Limousin l'accueil se fera à partir de 8h00.

Les bulletins d'inscription vont être adressés courant janvier.

Proposition de programme :

##### **Samedi 27 mars 2010**

8h45 : Ouverture par Jean-Yves GUINCESTRE – Président de la COMED

9h00 : Waff zone- du préventif au curatif par Maxime VEBERT –Kinésithérapeute-  
Ostéopathe

9h30 : Pathologie coronarienne du sportif par le Pr Patrice VIROT- Service de Cardiologie  
CHU Dupuytren Limoges

10h00 : Analyses capillaires- Intérêts et limites par le Dr Jean-Michel GAULIER – Service de  
Pharmacologie-Toxicologie CHU Dupuytren Limoges.

10h30 : pause- Visite des stands

11h00 : Problématique économiques du sport de haut-niveau par Frédérique BOLOTNY

11h30 : Sport santé, activités physiques adaptées par le Dr Jean-Luc GRILLON – Médecin  
du Pôle du Creps de Vichy

12h30-14h00 : déjeuner sur place

14h00 : Rupture du tendon d'achille du sportif par le Dr Cédric COSTE- Service de Chirurgie  
orthopédique et traumatologie CHU Dupuytren Limoges

14h30 : Intérêts des ondes de choc dans les tendinopathies du basketteur par le Pr  
Christophe DAVIET- Service de Médecine Physique Réadaptation CHU Dupuytren Limoges

15h00 : Echographie du mollet douloureux du sportif par le Dr Serge GAILLARD- Service de  
Radiologie Hôpital du Cluzeau Limoges

15h30 : Pause- Visite des Stands

16h00 : Nouveaux standards des autorisations d'usage thérapeutique et statistiques Dr  
Véronique LEBARD- Responsable du Comité Médical de l'AFLD

16h30 : « Deux indices à oublier » par le Dr Bruno SESBOUE – Institut Régional de Médecine du Sport CHU Côte de Nacre- Caen

17h00 : Clôture des Journées Médicales

### **Soirée de Gala**

19h30 : départ pour le Palais des Sports : Match CSP Elite/ Fos sur Mer

22h15 : Dîner avec animation musicale

### **Dimanche 28 mars 2010** **Hôtel Mercure**

9h30 : Réunion des Médecins et Kinésithérapeutes des Equipes de France

11h00 : Réunion des Médecins de Ligue

### **6-) Questions diverses**

Point sur les partenaires :

Zamst : Nouveau partenaire qui a permis de fournir toutes sortes d'orthèses, de renouveler le stock de vessies et d'équiper 4 équipes en chaussettes de contention et de récupération le tout gratuitement.

Eureduc : A fourni pour toute la campagne des A filles et A garçons un appareil de presso pour la récupération.

Polar : Le matériel ayant été reçu fin août il n'a pu être utilisé cette année.

Waff : dotation complète pour les A filles avant qu'il ne soit partenaire et plus que complète aux A garçons maintenant qu'ils sont partenaires.

### **7-) Pathologie neurologique de l'épaule du sportif – Philippe LE VAN**

#### **Pathologie Neurologique microtraumatique de l'épaule**

Pathologie sportive

#### ● **Cette pathologie est quasi exclusivement sportive**

– Les sports à risque sont :

- Les sports de raquette: tennis, badminton.
- Les sports de lancer et de frappe: volley-ball, handball, base-ball.
- Le golf semble relativement épargné dans la mesure où les rotations externes lors du backswing bien exécuté n'atteignent pas l'amplitude d'un smash ou d'un lancer.

## Quels Nerfs sont concernés?

### ● Deux nerfs sont responsables de la majorité des lésions:

- Les nerfs thoraciques longs (grand dentelé) ou nerf de Charles Bell
- Le nerf supra scapulaire
  - Les deux lésions peuvent être associées

## Pathologie du nerf thoracique long

### ● Classiquement plus rare

- Environ 30% des lésions périphérique neurogène
- Peut être associée à la lésion du nerf suprascapulaire car sa lésion entraîne des désordres dans la cinétique de l'épaule

## Pathologie du nerf thoracique long

### ● Quelques rappels anatomiques

- Le nerf du grand dentelé naît des C5 C6 et parfois C7
- Il descend ensuite entre la paroi thoracique et la face antérieure de la scapula

## Pathologie du nerf thoracique long

### ● Quelques rappels anatomiques

- C'est un nerf gracile et son trajet est long (20cm)
- Il innerve sur son trajet le muscle Serratus antérieur (Grand dentelé)

## Pathologie du nerf thoracique long

### ● Quelques rappels anatomiques

- Le muscle Serratus (Grand dentelé)

## Pathologie du nerf thoracique long

### ● Quelques rappels anatomiques

#### Le muscle Serratus:

#### Trois parties

- Supérieure: angle supérieure de la scapula vers 1er et 2ème côte
- Moyenne: bord spinal de la scapula vers 2ème, 3ème, 4ème et 5ème côtes
- Inférieure: angle inférieur de la scapula vers 5ème, 6ème, 7ème, 8ème, et 9ème côtes

## Pathologie du nerf thoracique long

### ● Quelques rappels anatomiques

- Fonction
  - Attire la scapula vers l'avant, la plaquant contre la cage thoracique lors de l'antéversion
  - S'oppose à la bascule de la scapula lors des mouvements d'abduction
  - Inspirateur accessoire

#### Pathologie du nerf thoracique long

- Physiopathologie
- Tout ce qui éloigne le membre supérieur de l'épaule

- Sport de raquette, Volley, Basket : smash
- Golf: follow-through coté droit (droitier) par abaissement du moignon de l'épaule, adduction et élévation du bras.
- Par simple abaissement du moignon de l'épaule.

#### Pathologie du nerf thoracique long

- Clinique:
  - Le début: brutal ou progressif
  - La douleur: inconstante, généralement postérieure, avec parfois irradiation vers le bras, voire le coude trompeuse
  - La fatigabilité est une notion importante

#### Pathologie du nerf thoracique long

- Clinique:
  - Au stade évolué c'est l'amyotrophie qui prédomine avec le décollement de la scapula.

#### Pathologie du nerf thoracique long

- Clinique:
  - Ce décollement peut être reproduit dans les formes peu évoluées en effectuant des mouvements de pompes ou en se soulevant en position assise.
  - Limitation de l'antéflexion et de l'abduction.

#### Pathologie du nerf thoracique long

- Les examens complémentaires:
  - La radiographie est en générale réalisée devant un tableau de douleur chronique de l'épaule
  - L'EMG fait le diagnostique et permet de suivre l'évolution de la récupération
  - L'IRM est réalisé à la recherche d'une compression extrinsèque

## Pathologie du nerf thoracique long

### ● Traitement

- Initialement
  - Le repos
  - La kinésithérapie prudente (courants dérivés), travail de stabilisation de la scapula et de la coiffe
  - Modification de la gestuelle sportive
- Au stade tardif
  - Certains ont proposé des transplantations du faisceau sterno-costal du grand pectoral.

## Pathologie du nerf suprascapulaire

### ● Quelques rappels anatomiques

- Le nerf suprascapulaire naît des branches postérieures de C5 et C6 et se dirige en bas et en dehors vers la scapula
- C5 innerve préférentiellement le supra spinateur
- C6 l'infra spinateur

## Pathologie du nerf suprascapulaire

### ● Quelques rappels anatomiques:

- Il arrive alors dans une première zone à risque
  - L'échancrure coracoïdienne transformée en foramen par le ligament coracoïdien

## Pathologie du nerf suprascapulaire

### ● Quelques rappels anatomiques:

- Il traverse ensuite la fosse sus-épineuse et innerve le supra-épineux
- Il contourne ensuite l'épine de la scapula et entre dans la deuxième zone à risque

L'échancrure spino-glénoïdienne

## Pathologie du nerf suprascapulaire

### ● Quelques rappels anatomiques:

- La deuxième zone à risque
- L'échancrure spino-glénoïdienne  
Le nerf pénètre dans  
La fosse sous-épineuse et  
Innervent le muscle infra-épineux

## Pathologie du nerf suprascapulaire

● Quelques rappels anatomiques:

- Le muscle supra-épineux
- Le muscle infra-épineux

Pathologie du nerf suprascapulaire

● Quelques rappels anatomiques:

- Le muscle supra-épineux est un muscle abducteur

Pathologie du nerf suprascapulaire

● Quelques rappels anatomiques:

- L'infra-épineux est rotateur externe

Pathologie du nerf suprascapulaire

● Physiopathologie:

Il faut éliminer les compressions externes

Les mouvements de bascule de l'omoplate vont entraîner un cisaillement du nerf dans ces 2 échancrure

- Le mécanisme lésionnel reste les mouvements sportifs dans des amplitudes extrêmes
- Lors de mouvements de smash surtout croisé et de service au tennis

Pathologie du nerf suprascapulaire

● Physiopathologie

- En Volley-Ball: smash ou service smashé
- En tir à l'arc au niveau du bras de corde s'il existe une retropulsion rotation externe importante
- En golf le follow-through en adduction horizontale
- Attention au kyste synoviaux issu de la gléno-humérale qui peuvent comprimer le nerf

Pathologie du nerf suprascapulaire

● Clinique:

Dépend du niveau lésionnel.

- Si la lésion se situe au niveau de la première échancrure : les deux muscles seront atteints
- Si la lésion se situe au niveau de la deuxième échancrure, seul l'infra-épineux sera atteint

Pathologie du nerf suprascapulaire

● Clinique:

- En règle générale la douleur est postérieure avec irradiation vers le bras et/ou le rachis cervical.

- La douleur peut être confondue au début avec une lésion tendineuse de la coiffe en particulier un conflit sous acromial
- L'adduction croisée et forcée du bras peut provoquer la douleur

#### Pathologie du nerf suprascapulaire

##### ● Clinique:

- Le sportif se plaint de fatigabilité et de dégradation du geste
- Le testing permet de retrouver un déficit de l'infra épineux et/ou du supra-épineux
- La palpation des échancrures coracoïdienne et spino-glénoïdienne peut être douloureuse

#### Pathologie du nerf suprascapulaire

##### ● Clinique:

- L'amyotrophie est tardive

#### Pathologie du nerf suprascapulaire

##### ● Les examens complémentaires:

- La radiographie: permet d'éliminer un processus expansif au niveau des échancrures
- L'IRM recherche une compression extrinsèque (kyste synovial)
- L'EMG permet d'affirmer le diagnostic et de connaître le niveau lésionnel

#### Pathologie du nerf suprascapulaire

##### ● Diagnostic différentiel

- Les lésions de la coiffe des rotateurs

#### Pathologie du nerf suprascapulaire

##### ● Traitements

#### Pathologie du nerf suprascapulaire

##### ● Traitements

- Au stade tardif
  - Souvent assez bien supporté
  - Continuer rééducation épaule

Séance levée à 22h30