

Nouvelles des Congrès

par le Dr Jacques Vanderstraeten, médecin généraliste, 1200 Bruxelles

Journée SSMG-SFMSS Le sportif de plus de 40 ans

Louvain-La-Neuve, 12 décembre 2009

Le présent congrès est le fruit d'une organisation conjointe par la SSMG et par la SFMSS, ou Société Francophone de la Médecine et des Sciences du Sport. Cette dernière entendait ici ouvrir certains débats de médecine du sport aux médecins généralistes. Quelques intervenants de renom étaient présents, dont le Pr Jacques Rodineau, responsable du service de médecine du sport de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris.

Médecine du sport

Le médecin du sport est généralement sollicité pour 3 catégories de motifs de consultation: (1) l'amélioration de la performance; (2) la pathologie générale en relation avec la pratique du sport, tel le sur-entraînement, etc.; (3) la traumatologie du sport. Concernant cette dernière, il faut souligner, d'une part, la très grande fréquence de l'entorse de cheville (6000 par jour en France), qu'en principe, le médecin généraliste devrait être tout-à-fait capable de prendre valablement en charge. Certains traumatismes assez fréquents sont par contre trop souvent méconnus par la première ligne, entraînant des retards dommageables pour la qualité de la prise en charge thérapeutique. C'est le cas de la rupture du ligament croisé antérieur du genou (74% des cas ne sont pas diagnostiqués en salle d'urgence) et de la rupture du tendon d'achille (35% des cas sont étiquetés de "tendinite" ou d'"entorse").

D'après l'exposé du Pr J Rodineau, Service de Médecine du sport de l'hôpital de La Pitié Salpêtrière, Paris.

Plastie du croisé antérieur

À l'heure actuelle, le remplacement du ligament croisé antérieur est de pratique courante chez tout sujet actif et motivé

lorsque l'évolution du genou l'indique dans les suites d'une déchirure de ce ligament. Sa réparation n'est cependant pas toujours nécessaire. Elle n'a d'ailleurs aucun effet protecteur contre une arthrose ultérieure. Voici les modalités et indications de la plastie du ligament croisé antérieur.

Chez qui : tout sujet pratiquant un sport à risque (foot, ski, etc.) de haut niveau; tout sujet actif qui éprouve des incidents d'instabilité lors de la reprise sportive. À l'heure actuelle, il n'y a plus de limite d'âge absolue puisque cette intervention se pratique jusqu'à l'âge de 50-60 ans le cas échéant, la seule contre-indication étant l'existence d'une gonarthrose marquée.

Quand : il n'y a jamais d'urgence à réparer un ligament croisé antérieur lésé. Dans le cas (fréquent) de lésion associée du ligament latéral interne, on traite d'abord cette dernière par immobilisation durant 3 à 6 semaines. On n'interviendra sur le ligament croisé antérieur qu'après 3 mois, et en tout cas pas avant que le genou n'ait retrouvé indolence et mobilité. Le délai de 3 mois est d'autant plus à respecter lorsqu'il existe une image (fréquente) de contusion osseuse d'un condyle fémoral à la RMN (libération de cytokines).

Cas particulier : la désinsertion associée du ménisque interne (non rare) impose la réparation du ligament croisé antérieur.

Comment : la plastie classique utilise le tendon du droit interne ou celui du semi-tendineux. Cette auto-greffe est d'une excellente solidité, le point faible éventuel étant constitué par ses ancrages à l'os.

D'après les exposés des Dr M VanCabeke, orthopédie, Hôpital Erasme, et J Rodineau, Médecine du sport de l'hôpital de La Pitié Salpêtrière, Paris.

Lombalgies du sportif

Une lombalgie chez un sportif peut être d'une part une lombalgie "commune", dont le sujet sportif peut être victime aussi bien que le sédentaire. Il convient d'ex-

clure les "red flags" ou signaux d'alarme, tels que les signes d'irritation radiculaire. Concernant le bilan d'imagerie, rappelons qu'au scanner, une hernie ou protrusion discale est visible même chez 40 à 50% de la population exempte de toute lombalgie. Quant à la prise en charge, le rapport du KCE de 2006 à ce sujet, a conclu à (1) l'inutilité du bilan radiologique (sauf en présence de "red flags"), et (2) la seule efficacité thérapeutique d'une approche de reconditionnement par la pratique d'exercices dans le cadre d'une approche multidisciplinaire.

À titre d'exemple d'un cas de lumbago spécifique du sportif, l'orateur a évoqué la **spondylolyse traumatique**. Celle-ci survient chez le sujet jeune, lors d'un brusque mouvement en hyperextension lombaire. La douleur est évoquée en paravertébral bas et reproduite par le "test de la cigogne" (hyper-extension avec appui par l'examineur sur les épaules du patient, celui-ci étant debout, en appui uni-podal). Le diagnostic est obtenu par la RX, sinon le scanner en coupes obliques. La spondylolyse aiguë est à ne pas confondre avec son équivalent chronique, qui existe chez 4 à 6% de la population générale et jusqu'à 25-30% des sujets dans certaines catégories sportives. Dans le contexte aigu, l'objectif de la prise en charge est d'éviter la bilatéralisation, et au-delà, le spondylolisthésis (glissement de la vertèbre vers l'avant). Le traitement dépend du niveau atteint. L'immobilisation sera illusoire (non fusion ou récurrence assurée) en cas de lyse ancienne (plus de quelques semaines), bilatérale, déplacée, ou si elle est localisée en L5. La seule bonne indication d'immobilisation est la lyse unilatérale et récente en L4. Elle se fera par le port d'un corset amovible pour une durée de 6 semaines à 3 mois.

D'après l'exposé du Pr H Nielsens, Service de Médecine physique et réadaptation, cliniques universitaires St-Luc.

Ostéoporose et sport

L'importance de notre stock osseux est en rapport direct avec la surface du périoste. Il est donc plus important chez l'homme que chez la femme puisque les os de celui-ci sont plus longs et plus larges. La périostine favorise le turn-over osseux. Elle est activée par les tensions musculaires de voisinage. L'**activité physique** est donc un facteur de minéralisation et de santé de l'os. On observe ainsi une hyperdensité relative au niveau des membres sollicités (membres inférieurs chez le coureur). Par contre, l'excès de sport et le surentraînement vont déterminer une perte osseuse par les mécanismes suivants : augmentation de la calciurie (par déséquilibre acido-basique), hypercortisolémie, abolissement de la pulsativité hormonale, hypogonadisme. Quant à l'influence du **poids corporel**, elle est caractéristique dans 2 cas de figure. D'une part, la femme maigre (par excès d'entraînement et/ou carence alimentaire) présente une ostéopénie par aménorrhée fonctionnelle d'origine hypothalamique. D'autre part, en cas d'obésité chez l'enfant, les adipocytes viennent remplacer les ostéocytes, en particulier au niveau des os longs distaux. Ainsi, parmi les enfants en surpoids, 18% présentent déjà une ostéoporose (T-score -2,5) avec un risque fracturaire réel au niveau des jambes et avant-bras surtout.

D'après l'exposé du Dr P Dirix, gynécologue, Centre Hospitalier de Montélimar.

Sport et cancer

On s'attend en principe à des effets positifs de la pratique sportive sur l'incidence de la maladie cancéreuse. On sait en effet, que l'exercice physique régulier améliore l'immunité d'une façon générale, et accroît l'activité des lymphocytes "natural killers" en particulier. Également, il diminue l'activité des cytokines, de l'insuline et de l'IGF, et diminue les taux d'œstradiol en post-ménopause.

L'**action préventive** du sport a été étudiée dans le cas de plusieurs cancers. Après élimination des facteurs confondants, une large étude finlandaise a observé une diminution de 50% du risque de cancer pulmonaire et colique dans la population active (1/2 heure d'activités par jour, et donnant lieu à un léger essoufflement au moins). De nombreuses études se sont penchées sur le cas de certains cancers spécifiques (3 x 20 à 30 min/semaine, intensité telle que décrite ci-avant) :

- Sein : un effet préventif a été démontré mais uniquement au-delà de l'âge de 35

ans et uniquement en cas de BMI faible à modéré (diminution du risque de 20%, et impact plus marqué pour des exercices plus intenses)

- Prostate : effet préventif.
- Colon : effet préventif mais surtout marqué chez l'homme, moins chez la femme, et pas au niveau rectal

Des bénéfices sur le **pronostic en cas de cancer avéré** ont aussi été démontrés. Ainsi, dans le cas du cancer du sein, marcher à 3 à 5 km/h durant 20-30 minutes, 3 à 5 x/semaine, non seulement augmente la survie de 5%, mais aussi améliore la qualité de vie de la patiente (mondes fatigue, anxiété et dépression). Dans le cas du cancer du colon, il faudrait une intensité d'exercice un peu plus marquée. Enfin, en cas de cancer prostatique, les traitements médicamenteux anti-hormonaux rendent utiles la pratique d'efforts en résistance afin d'améliorer la trophicité musculaire.

D'après l'exposé du Dr J Lecomte, pneumologue, CHU de Charleroi.

Mort subite du sportif

Au-delà de l'âge de 35 ans, la **cause** de la plupart des cas de mort subite est la maladie coronarienne. Aux plus jeunes âges, ce sont les pathologies constitutionnelles qui sont en cause, dont beaucoup ne sont pas dépistables (anomalies de trajet des coronaires pour 20% des cas de mort subite), ou ne deviennent détectables que tardivement (cardiomyopathie obstructive pour 35% des cas). Un cas particulier de mort subite est la "comotio cordis", qui fait suite à un choc violent sur le sternum (contact au foot, etc.). Une étude américaine récente a relevé moins de 100 cas de mort subite/an dans le cadre de la pratique d'un sport, avec un âge moyen de 19 ans. Une étude italienne a, quant à elle, rapporté un accroissement du risque de mort subite par le fait du sport (+ 2,3/100 000 par an). Le **dépistage** est d'abord et avant tout le fait de l'anamnèse personnelle (malaises voire syncopes lors de la pratique du sport) et familiale (cas de mort subite avant l'âge de 50 ans). L'auscultation recherche souffle ou arythmie mais sera presque toujours négative. L'ECG de repos, quant à lui, ne sera contributif que dans les rares cas de cardiomyopathie obstructive évoluée, de syndrome de Brugada, de QT long ou, exceptionnellement, de dysplasie arrhythmogène du ventricule droit.

D'après l'exposé du Dr L Pineux, généraliste et médecin du sport, SSMG et SFMSS

L'ECG du sportif

Le débat reste toujours ouvert quant à savoir s'il faut ou non pratiquer un ECG de repos à tout sportif, d'un certain niveau du moins. L'objectif est évidemment le dépistage de pathologies à risque de causer une mort subite. Cependant, les pièges ne manquent pas dans l'interprétation d'un ECG de repos chez le sportif. D'une part, il existe de fréquent "**faux positifs**", qui constituent en réalité les stigmates de l'adaptation du cœur à la pratique sportive. Ainsi, dans une population de sportifs pratiquant à raison de 6 à 8 heures par semaine, on retrouve les anomalies suivantes dans 15% des cas : bradycardie, BAV du 1^{er} ou du 2^e degré, BBID, axe hyper-droit, anomalies de voltage suggérant hypertrophie du VG ou du VD, sus ou sous-décalage du segment ST, onde T négative, espace QT allongé. En cas de doute, il faut faire réaliser une épreuve d'effort qui, chez le sujet sain, provoquera la normalisation des signes de conduction ou de repolarisation anormale.

Quant aux **faux négatifs**, ils sont aussi légion puisque nombre des causes cardiaques de mort subite n'ont aucune traduction ECG :

- Cardiomyopathie hypertrophique obstructive, cause de la plupart des cas de mort subite et dont l'ECG est normal au repos dans 33% des cas, même lorsque l'échographie est déjà positive.
- Anomalie congénitale de trajet d'origine des artères coronaires (ECG toujours normal).
- Troubles du rythme paroxystiques.
- Pathologies valvulaires congénitales.
- Maladie coronarienne, avant les lésions myocardiques (elle est la première cause de mort subite chez le sportif de > 35 ans).

En conclusion, l'ECG ne sera pratiqué que lorsque l'on a de bonnes raisons de penser à un risque accru de mort subite chez le patient (antécédents familiaux de mort subite, antécédents personnels de malaises ou syncopes lors de la pratique du sport, présence d'un souffle cardiaque, facteurs de risque cardio-vasculaires). On le fera, également, lorsque le contexte médico-légal nous oblige à accumuler un maximum de documents probants.

D'après l'exposé du Dr M Daune, cardiologue, CHU de Charleroi.