

# CAT DEVANT UN TRAUMATISME CERVICO-SCAPULAIRE SUR LE TERRAIN

Dr Stéphane RENON – 49000 ANGERS

La fréquence des traumatismes cervico-scapulaires heureusement faible mais potentiellement graves notamment pour les traumatismes cervicaux, et crâniens souvent associés, nécessite toutefois qu'une conduite pratique soit proposée sur le terrain afin de prendre la meilleure décision pour la santé du sportif. Cette décision d'écartier du terrain un sportif doit être prise dans un contexte difficile lié aux enjeux sportifs, à la nécessité de poursuivre l'épreuve pour les autres compétiteurs, à l'arbitre et enfin dans des conditions d'examen restreintes.

Le médecin doit donc en quelques minutes prendre une décision adaptée à la situation, et il aura comme seuls éléments favorables d'être sur le terrain et donc d'avoir pu assister au traumatisme responsable et donc au mécanisme lésionnel, éléments indispensables pour apprécier la gravité potentielle. Ensuite, son expérience du terrain, un interrogatoire succinct et un examen clinique rapide, mais précis permettront au médecin de prendre la meilleure décision, qui sera toujours guidée par la préservation de la santé du sportif, et assurera les premiers gestes avant une éventuelle évacuation.

## I- EPIDEMIOLOGIE

Les traumatismes cervicaux, éventuellement associés à un traumatisme crânien, sont parmi les plus graves des traumatismes sportifs, car ils mettent en jeu le pronostic certes fonctionnel avec un handicap parfois lourd, mais aussi vital.

Les sports comme le rugby, le vélo, le ski, l'équitation, la gymnastique, les sports de combats sont les plus grands pourvoyeurs de ce type de lésion. Cependant la fréquence n'est pas aussi importante qu'on pourrait l'imaginer grâce notamment à des mesures de préventions mises en place par les fédérations.

Dans la saison de rugby français de 2006-2007, 5% (800 cas) des accidents recensés ont concerné le rachis cervical, dans lesquels on retrouve 57% de contusions musculaires, 38% d'entorse bénigne, 1% d'entorses graves et 4% de lésions disco ligamentaires ou osseuses. 10% d'entre elles présentaient des lésions neurologiques, cinq joueurs ont présentés des lésions médullaires graves, un est décédé...

Une autre étude rapporte que 15% des blessures au rugby intéressent le segment supérieur avec 5% de commotion cérébrale. Cette atteinte « neurologique » est donc souvent associée aux traumatismes cervico-scapulaires, et doit donc être recherchée car sa potentielle gravité, pouvant grever le pronostic, implique des mesures immédiates, à court terme et dans les critères de reprise sportive. Un autre grand pourvoyeur de commotion cérébrale est le ski, ce qui a conduit un certain nombre de recommandations par les médecins de station.

En cyclisme, une étude rapporte 54% de traumatisme du membre supérieur, le traumatisme crânien souvent associé à un traumatisme cervical représente près d'environ 25% des lésions. Le port du casque a certes permis une diminution de près de 70% des décès par traumatisme crânien, sans cependant pouvoir préciser son rôle dans les traumatismes cervicaux.

Au Japon, on retrouve une incidence de 40,2 cas par millions d'habitants de traumatismes rachidiens tous sports confondus, mais avec comme grand pourvoyeur : le ski, rugby et assimilés, sports aériens, judo et gymnastique.

Enfin, deux autres études françaises colligent l'ensemble des lésions traumatiques :

- \* 1,5 - 1,8% de traumatisme crânien. 0,4 à 1,8% avec PC
- \* 2 à 3% de traumatisme du rachis dont environ 1% d'entorse cervicale
- \* 6,8 à 11,5% d'atteinte de la ceinture scapulaire avec environ 3% de luxation gléno-humérale, 0,5 à 1,7% de dysjonctions acromio-claviculaire, 2 à 5% de fractures.

Hormis certains sports (tq cyclisme, le ski), on peut donc noter que la fréquence des traumatismes graves cervico-scapulaires est plutôt faible, mais cela n'enlève en rien leur gravité potentielle, et leur fréquence augmente dans certains sports comme le rugby.

Cela nécessite d'autant plus une bonne connaissance des conduites à tenir afin de ne pas méconnaître une lésion qui pourrait mettre en jeu le pronostic fonctionnel voire vital.

## II- CONDUITE A TENIR DEVANT UN TRAUMATISME CERVICAL

Le premier problème qui se pose est celui de la présence d'un traumatisme crânien associé. Le type de sport (sport mécanique, plongeon, ski...), le contexte, le mécanisme du traumatisme (choc direct, le plus souvent indirect, inertie...) permettent dans un premier temps d'envisager grossièrement la gravité. Cependant la présence de lésion d'emblée importante, peut parfois masquer d'autres lésions ostéo-cartilagineuses, ligamentaires, neurologiques.

L'état de conscience doit être apprécié, et un sujet inconscient implique des gestes immédiats de sauvegarde des trois grandes fonctions et aussi la protection du rachis cervical, car jusqu'à preuve du contraire un traumatisé inconscient présente une lésion du rachis cervical.

Si cet état est normalement bien connu, la commotion cérébrale est toutefois beaucoup plus piégeante, car peut modifier l'appréciation de lésions associées. Aussi, pour ce trouble de fonctionnement du cerveau, allant de la simple confusion à la perte de connaissance, il est conseillé la conduite suivante :

- « 1- Faire un examen qui élimine un traumatisme cervical associé.
- 2- Si un médecin est présent, prendre son avis, sinon sortir du terrain et demander un avis autorisé.
- 3- Un joueur atteint de commotion ne doit pas retourner sur le terrain. »

Par ailleurs, les mesures d'urgence réalisées, l'interrogatoire ci dessous permet d'évaluer les performances mentales. Enfin : le joueur ne doit pas être laissé seul. Il faut surveiller une possible détérioration de l'état général pendant les heures qui suivent. Et « il serait très préférable que toute perte de connaissance, même brève soit examinée en milieu spécialisé ».

Le questionnaire ci dessous permet de préciser cette commotion cérébrale :

- Sur quel stade sommes-nous ?
- Comment s'appelle mon club ou mon équipe ?
- Quel est mon poste de jeu ?
- Quel est notre adversaire ?
- Quelle mi-temps est-ce ?
- Dans quelle partie de la mi-temps sommes-nous (début, milieu, fin) ?
- Quelle équipe a marqué les derniers points ?
- Quelle équipe avons nous joué lors du dernier match ?
- Avons-nous gagné le dernier match ?

Une seule réponse fautive traduit une commotion cérébrale et donc nécessitera une interdiction de tout retour sur le terrain et un avis spécialisé.

La recherche plus précise d'autres lésions notamment rachidienne pourra être réalisée à distance.

En dehors de toute atteinte de la conscience, l'importance de l'examen clinique du sportif à la recherche de lésion cervicale repose sur le fait que les lésions cervicales peuvent être responsables de lésions neurologiques potentiellement graves :

- elles peuvent être médullaires, et mortelles si elles sont haut situées
- elles peuvent donner des tableaux variés

Si le sportif, conscient est allongé lors de votre demande d'intervention, il faudra s'enquérir des symptômes immédiats suivants :

- douleur cervicale
- craquement
- paresthésies des extrémités

Puis un examen succinct certes mais précis :

- attitude vicieuse
- douleur à la palpation des épineuses
- recherche d'une contracture intense par la palpation des muscles cervicaux
- examen neurologique précis mais simple utilisant le score ASIA (American Spinal Injury Association).

On notera ces éléments et en cas de positivité d'un de ces éléments, ou au moindre doute on réalisera une évacuation avec protection du rachis (collier cervical, matelas coquille).

Si le sportif se relève de lui-même, un examen au calme dans le vestiaire permettra une analyse plus fine.

- Examen des mobilités passives et actives
- Examen neurologiques précis (moteur, sensitif, réflexes, signes pyramidaux)
- Palpation
- Examen général

En cas de négativité de l'interrogatoire avec un examen clinique normal, on autorisera la reprise sportive. La présence de signes neurologiques ou de douleurs persistantes, spontanée ou apparaissant lors de la mobilisation douce, imposera une évacuation avec une immobilisation stricte afin de réaliser des examens complémentaires.

L'absence de gravité, des douleurs persistantes impliquent une immobilisation simple dans un collier cervical, voire des antalgiques et un réexamen à distance.

Dans tous les cas, et même devant l'absence de signe de gravité, toute manipulation cervicale sera interdite !

### III- CONDUITE A TENIR DEVANT UN TRAUMATISME SCAPULAIRE

---

Là encore, l'objectif est de savoir si le sportif peut rester sur le terrain, ou reprendre la compétition après un examen plus précis réalisé au moindre doute, ou s'il faut l'évacuer.

Un traumatisme scapulaire peut facilement s'intégrer dans un traumatisme régional cranio-cervical, il peut être masqué pas ce dernier, mais devra toujours être recherché dans les suites immédiates.

Le type de traumatisme, son inertie, le contact éventuel, vont déterminer la gravité du traumatisme.

En dehors de tout traumatisme cranio-cervical, on doit s'attacher à rechercher les tableaux nécessitant une prise en charge spécifique :

- la luxation gléno-humérale
- la luxation acromio ou sterno-claviculaire
- une fracture
- une lésion tendineuse
- une atteinte vasculaire
- une atteinte neurologique, plus difficile à mettre en évidence car souvent masquée

Les critères évocateurs de telles lésions :

- sensation de déboitement, craquement
- gonflement
- déformation
- impotence fonctionnelle globale ou limitée
- douleur exquise à la palpation
- lésion neurologique pas toujours facile à mettre en évidence en aigu
- lésion vasculaire : pouls

La suspicion de lésion grave, implique une évacuation avec une immobilisation coude au corps, à jeun.

Dans certains cas, on pourra autoriser une reprise sportive s'il s'agit d'un sportif professionnel avec une récurrence de luxation gléno-humérale.

Si l'examen montre des mobilités passives et actives normales, sans point douloureux exquis, mais des douleurs isolées des parties molles, une reprise immédiate pourra être envisagée. Un contrôle à la fin de la compétition et quelques jours après sera réalisé.

Cependant, s'il s'agit d'un enfant il faudra dans tous les cas l'interdire de toute reprise sans un bilan plus précis à 48 heures.

En cas de première luxation gléno-humérale, la réduction sur le terrain sera interdite, du fait du risque potentiel de fracture associée, de lésion neurologique éventuelle. L'application de froid sera toujours utile et non de chaleur. En cas d'avis spécialisé ou d'évacuation en vue d'examens complémentaires, on évitera tout antalgique per os ou de faire manger. L'immobilisation simple coude au corps est bien souvent suffisante. Enfin, là encore aucune manipulation ne sera réalisée, encore moins d'infiltration...

### IV- CONCLUSION

---

La conduite pratique sur le terrain devant un traumatisme cervico-scapulaire, même s'il est relativement peu fréquent impose une analyse rapide mais précise, des gestes simples. Le risque de lésion neurologique, quelle soit cérébrale, mais surtout médullaire, radiculaire voire tronculaire, dirige l'examen et la conduite pratique immédiate, afin de la dépister et de mettre en œuvre les gestes adaptés, non délétères, ainsi qu'une évacuation dans les meilleures conditions.