

MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS  
SECONDAIRE, SUPERIEUR ET DE  
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

\* \* \* \* \*

REPUBLIQUE DU MALI  
Un Peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DE BAMAKO

\* \* \* \* \*

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE  
ET D'ODONTO STOMATOLOGIE (FMPOS)

**ANNEE UNIVERSITAIRE : 2006-2007**

**TITRE**

***LESIONS ARTICULAIRES CHEZ LES PRATIQUANTS DE  
TENNIS DANS LE DISTRICT DE BAMAKO***

**THESE**

***Présentée et soutenue publiquement le 12 /07 / 2008  
Devant la faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto stomatologie***

**PAR**

***Monsieur Badra Ali DOUMBIA***

***POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE  
(DIPLOME D'ETAT)***

**JURY :**

**Président :** ***Pr. Tiéman COULIBALY***

**Membres de jury :** ***- Pr. Elimane MARIKO***

***-Dr. Mamadou TOURE***

**Directeur de thèse :** ***Pr. Mamadou KONE***

# HOMMAGES AUX HONORABLES MEMBRES DU JURY

***A notre maître et président du jury :  
Professeur Tiéman COULIBALY***

- Traumatologue, chirurgien orthopédiste au C.H.U Gabriel TOURE***
- Professeur à la Faculté de médecine de pharmacie et d'odonto-stomatologie.***

Cher maître, la spontanéité par laquelle vous acceptez de présider ce jury malgré vos multiples occupations prouve votre générosité et votre modestie.

Votre simplicité et votre rigueur scientifique ont toujours été à la disposition de la jeune génération pour le grand bien de la santé.

Nous n'oublierons jamais l'atmosphère chaleureuse et conviviale de vos séances de travail.

Cher maître soyez en remercié.

***A notre maître et juge, professeur Elimane MARIKO***

***-Professeur en pharmacologie à la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie.***

***-D.E.R des sciences pharmaceutiques,***

***-Colonel de l'armée, chargé de mission au ministère de la défense et des anciens combattants.***

Vous nous faites honneur en acceptant d'être parmi nos juges.

Votre générosité, votre disponibilité à nos multiples sollicitations, votre rigueur dans la démarche scientifique, votre sens de la perfection associé vos qualités humaines font de vous un maître remarquable.

Nous sommes fiers d'être un de vos élèves.

Veillez accepter, l'expression de notre admiration et soyez rassuré de notre profonde gratitude.

***A notre maître et juge, Docteur Mamadou TOURE***

***-Assistant chef de clinique à la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie.***

***-Spécialiste de radiologie et de médecine nucléaire,***

***-Médecin, colonel de l'armée.***

Votre dévouement pour le service de radiologie, votre sagesse, votre générosité et votre humilité prouvent de votre puissance, font de vous, un maître exemplaire.

Veillez recevoir ici le témoignage de notre respect et de notre profonde reconnaissance.

***A notre maître et directeur de thèse :  
Professeur Mamadou KONE***

- Professeur de médecine, médecin du sport, physiologiste à la FMPOS.***
- Directeur adjoint du centre national des œuvres universitaires du Mali.***
- Membre du Comité Scientifique International de la Revue Française de Médecine du sport (MEDISPORT).***
- Membre du groupement latin et Méditerranéen de Médecine du sport.***
- Secrétaire général de la fédération Malienne de TAEKWONDO (ceinture noire 3ème dan en TAEKWONDO).***
- Président du collège Malien de réflexion en Médecine du sport.***

Nous vous remercions pour l'accueil spontané et affectueux que vous nous avez accordé. Vos qualités humaines, scientifique et votre simplicité à transmettre aux autres vos connaissances font de vous un maître apprécié.

Nous sommes fiers d'être comptés parmi vos élèves et espérons être dignes de la confiance que vous nous avez placée.

Soyez assuré cher Maître de notre profonde gratitude et de notre attachement fidèle.

# DEDICACES ET REMERCIEMENTS

## **JE DÉDIE CE TRAVAIL À**

- Mes parents, les mots me manquent pour vous exprimer le bonheur, la joie, la fierté et surtout la chance que j'ai de vous avoir comme parents.

Je profite de cette occasion pour vous dire merci d'avoir fait de moi ce que je suis et pardon pour toutes les souffrances que j'ai pu vous faire endurer.

Plus que des parents, vous avez su être pour mes frères et moi même, des guides, des conseillers et des confidents. Votre comportement social que louent ceux qui vous connaissent me comble de fierté.

Les mots ne suffiront jamais pour exprimer ce que vous représenter et continuer à représenter pour moi.

-Mon père feu Faguimba DOUMBIA et ma mère Fanta KONATE

Vos bénédictions incessantes ont été un atout majeur au long de mes études, qu'ALLAH le tout puissant vous garde longtemps et en bonne santé pour que vous savourer les fruits de ce travail qui est le votre.

-Mon grand frère Kassoum DOUMBIA et soeurs Assa, Assétou, feu Rokiatou, Mama, Oumou ; merci infiniment pour vos soutiens qui n'ont jamais fait défaut, mes reconnaissances sans fin.

-A ma fiancée Moussocoura Diarra dite M'bah, depuis les premières années du lycée jusqu'à nos jours, c'est avec toi que j'ai passé toutes ces années d'études. A cause de ton sérieux, ton courage pour les études, ta détermination, ton amour et le respect pour le prochain, j'ai trouvé en toi une personne exemplaire pleine d'avenir. Qu'Allah te donne le courage de supporter la vie du médecin et bonne chance à toi pour ta carrière de technicienne en dessin bâtiment.

Trouvé ici ma profonde gratitude.

***BISMIL-LAHI AR-RAHAMANI-AR-RAHIM***

Au nom d'ALLAH, le clément, le miséricordieux et qui manifeste sa clémence.

Gloire au maître du monde, le très haut, lui qui crée avec harmonie. C'est lui qui donne et c'est lui qui prend. Je remercie ALLAH de m'avoir permis de voir le jour et de grandir. J'implore le tout puissant à m'aider pour la réalisation de mes vœux, car nul ne peut se passer de son aide.

***Mes remerciements :***

***A mes amis:*** Soumana Saganogo, Lamine Koné, Idrissa I Coulibaly, Bréhima Haidara dit sory, Dramane Koné, Tiémoko Coulibaly, Boubacar Kontaga, Bany Touré....

C'est l'occasion pour moi de vous réaffirmer toute mon affection en témoignage du temps passé dans la cordialité.

***A mes aînés académiques :*** feu Dr Modibo Diané, Dr Cheick O Keita, Dr Amadou Sanogo, Dr Kalifa Keita et Dr Mohamed Keita... ; pour vos générosités à guider mes pas dans ma formation médicale et dans la réussite de cette thèse.

***A mes promotionnaires :*** Dr Ibrim T Sangaré, Yaya Diarra, Dr Mahamadou Gassama, Dr Mariam Konaté, Soungalo Diop, Lassana Diarra, Lassine Camara, Bourama Diarra, Djibril Magassouba, Daouda Traoré, Zacharia Traoré, Adama Diallo, Saran Koité....

***A mes cadets académiques :*** Aliou Traoré, Namory Camara, Issa Goita, Fémory Togola, Abrahamane Diarra, Youssouf Keita, Ousmane Coulibaly ; pour les moments de travail et de distraction passés ensemble à la faculté et différents lieux de travaux. Les études en médecine demandent courage et intelligence, bonne chance à tous.

-Au Dr Alwata Ibrahim et Dr Adama Sangaré, l'enseignement et l'éducation que j'ai reçu de vous m'ont permis d'aboutir à ce résultat. Je suis convaincu de votre bonne foi et fier de l'enseignement que j'ai reçu de vous.

Au médecin chef et tout le personnel de l'ASACOSEK.

-Mr Adama Sidibé de l'UMAV (Union Malienne des Aveugles) d'encouragement et de soutien, trouver ici mes sincères reconnaissances.

-Aux entraîneurs des clubs, Mamadou Bouaré et Mamadou Diallo du TCB et Makan Keita du TCO et tous les joueurs et joueuses pour leur étroite collaboration pour la réalisation de ce travail qui d'ailleurs est le votre.

**LISTE DES ABREVIATIONS**

**TCB** : Tennis Club de Bamako coura

**TCO**: Tennis Club du stade Omnisports

**Pr** : Professeur

**Dr** : Docteur

**Cm** : Centimètre

**Kg** : Kilogramme

**Fig.** : Figure

## **SOMMAIRES**

<i>I INTRODUCTION.....</i>	<i>1</i>
<i>II GENERALITE.....</i>	<i>3</i>
<i>III OBJECTIFS.....</i>	<i>26</i>
<i>IV METHODOLOGIE.....</i>	<i>27</i>
<i>V RESULTATS.....</i>	<i>30</i>
<i>VI COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....</i>	<i>41</i>
<i>VII CONCLUSION.....</i>	<i>45</i>
<i>VIII RECOMMANDATIONS.....</i>	<i>46</i>
<i>IX ANNEXES.....</i>	<i>48</i>

# INTRODUCTION

## **I- INTRODUCTION**

Le tennis est un sport complet qui nécessite des qualités, de force, de vitesse et de souplesse.

La sollicitation mécanique, surtout, celle concernant essentiellement les muscles de l'épaule, de l'avant bras, du poignet et des membres inférieurs est responsable de lésions musculaires, articulaires et tendineuses.

Les douleurs de l'épaule sont très présentes chez le joueur de tennis.

Les pathologies sont provoquées par le service coup nécessitant puissance et combinant flexion, abduction et rotation externe. La coiffe des rotateurs dont le rôle est essentiel dans le recentrage de la tête humérale et dans la stabilisation proprioceptive est souvent lésée.

La surcharge de l'articulation du coude et de ses tendons se confirme par l'apparition du « **TENNIS-ELBOW** » pathologie de loin la plus fréquente. La sollicitation permanente des muscles épicondyliens et en premier chef le deuxième radial s'explique lors de la prise de la raquette et surtout de l'exécution du revers, geste le plus douloureux. Le « **TENNIS-ELBOW** » regroupe plusieurs entités pathologiques : la plus fréquente est une souffrance de la jonction tendon-os.

Le poignet joue un rôle très important dans la pratique du tennis.

Il permet la recherche d'angles impossibles, d'effet lifté et de puissance. Les muscles extenseurs et adducteurs jouent un rôle dans la stabilisation de l'articulation radio- cubitale souvent lésé à l'occasion d'un changement de matériel ou lors de l'exécution répétée de techniques comme le lift où le revers à deux mains.

Le joueur de tennis souffre de tennis- legs ou claquage du mollet.

Il correspond à une distension totale du jumeau interne qui survient lors d'une mise en tension brutale des muscles jumeaux, lors des démarrages ou lors de l'exécution d'une amortie. Cette lésion rencontrée surtout chez le sportif confirme le rôle indispensable du jeu de jambe lors de la pratique de ce sport.

Au niveau du pieds qui est très sollicité dans ces mouvements, il faut d'une manière simultanée, quatre fonctions différentes: la fonction d'amortissement, d'équilibre, de propulsion et de pivotement qui s'avèrent assez violente pour les ligaments. Cela explique un nombre élevé des entorses au niveau de la cheville et plus spécifiquement de l'articulation du fait d'une mauvaise stabilisation. [1]

# GENERALITES

## II- GENERALITES :

### II 1 RAPPEL ANATOMIQUE sur l'articulation:

#### II 1-1 Définition :

On nomme articulation ou jointure, l'union entre les os des différentes pièces du squelette, cette union pouvant être plus ou moins serrée selon l'articulation considérée.

#### II 1-2 Classifications des articulations :

Selon l'étendue et leur mobilité on divise les articulations en trois catégories.

---Les articulations mobiles ou **diarthroses** ;

---Les articulations semi mobiles ou **amphiarthroses** ;

---Les articulations immobiles ou **synarthroses** ;

#### II 1-3 Etude des différents types d'articulations :

##### II 1-3-1 Les synarthroses :

Les synarthroses ou articulations fixes sont simplement des engrènements d'os voisins : le type en est représenté par les sutures qui relient entre eux les os du crâne.

##### II 1-3-2 Les amphiarthroses :

Ce sont des articulations très peu mobiles, dans lesquelles deux surfaces osseuses sont unies par des trousseaux fibreux très courts n'autorisant que des déplacements réduits : par exemple, les disques intervertébraux.

##### II 1-3-3 Les diarthroses :

Ce sont les articulations les plus typiques, et ce sont elles surtout que nous aurons en vue dans cette étude. Chaque diarthrose est constituée par des surfaces articulaires réunies par des moyens d'union (capsule et ligaments) et mobiles l'une par rapport à l'autre, grâce à un organe de glissement (La synoviale).

### II 2 PHYSIOLOGIE DE L'ARTICULATION DE L'ÉPAULE :

L'épaule est douée de mouvements très étendus dans tous les plans de l'espace. Ainsi, elle est le siège de mouvements d'*antépulsion* et *rétrorsion* (projection du bras en avant et en arrière), d'*adduction* et d'*abduction* (rapprochement et écartement du bras au corps), de *rotation* externe et interne, de *circumduction* (combinaison de tous les mouvements précédents).

L'amplitude de mobilité de l'épaule résulte en fait de l'addition des mouvements de l'articulation scapulo-humérale proprement dite et des déplacements de l'omoplate sur le thorax : par exemple, le mouvement global d'abduction du bras a une amplitude totale de 180 degrés (bras à la verticale) dont seulement 90 degrés s'effectuent au niveau de la scapulo-humérale, les 90 degrés restants s'effectuant par la bascule de l'omoplate.

### 11.3 Surfaces articulaires :

Ce sont les zones au niveau desquelles deux os voisins entrent en contact. Sur l'os sec, les surfaces articulaires apparaissent lisse ; sur l'os frais, elles sont recouvertes d'une couche plus ou moins épaisse de cartilage, *le cartilage articulaire*. Le cartilage articulaire est lisse, poli, souple, extensible et compressible, ce qui lui permet de supporter sans dommage des pressions importantes, c'est grâce à lui que s'effectue de façon harmonieuse le jeu de chaque jointure; toute altération de ce cartilage (rhumatisme par exemple) entraîne de graves troubles dans le fonctionnement de l'articulation.

Histologiquement, le cartilage articulaire est formé de cellules arrondies, les cellules cartilagineuses ou chondrocytes, noyées dans une substance interstitielle constituée d'une substance chimique spéciale, *la chondrine*.

La forme des surfaces articulaires est variable et permet de classer les diarthroses en six variétés différentes.

#### 11.3-1 Les énarthroses:

Ou articulations à surface **sphériques**, dans lesquelles les surfaces sont deux segments de sphère, l'une concave, l'autre convexe (exemple : l'épaule ou la hanche).

### 11 3-2 Les condyliennes :

Dans les lesquelles une surface articulaire en forme d'**ellipsoïde** convexe s'emboîte dans un ellipsoïde concave (exemple : l'articulation radio carpienne).

11 3-3 Les articulations par emboîtement réciproque : où chacune des surfaces présente une forme complexe, concave suivant un axe, convexe suivant l'autre, à la façon d'une selle (exemple : l'articulation trapézo- métacarpienne du pouce).

### 11 3-4 Les trochléennes :

Où l'une des surfaces est en forme de **poulie**, avec une gorge, dans cette gorge glisse la crête d'une surface en dos d'âne qui s'enroule autour de la poulie.

Exemple : l'articulation huméro-cubitale au niveau du coude.

### 11 3-5 Les trochoïdes :

Où l'une des surfaces a la forme d'un **cylindre** plein de tournant sur son axe et répondant à un segment de cylindre concave (exemple : l'articulation radio cubitale supérieur).

### 11 3-6 Les arthrodies :

Qui sont des articulations à surfaces **planes**, ne permettant que des mouvements de glissements (exemple: articulation acromio-claviculaire).

Dans un certain nombre d'articulations, les dimensions ou les courbures d'une des surfaces en présence ne répondent pas exactement aux dimensions ou aux courbures de l'autre surface. La congruence entre les deux surfaces est alors rétablie par des formations fibro-cartilagineuses, auxquelles on donne le nom de **bourrelets** ou de **ménisques**.

Les bourrelets sont des anneaux de tissus fibreux implantés à la périphérie d'une surface articulaire, destinés à augmenter l'étendue ou la

profondeur, dont l'une des faces adhère à l'os et dont l'autre est revêtue de cartilage articulaire (exemple : le bourrelet glénoïdien de l'omoplate).

Les ménisques ont le même rôle, mais ils sont simplement interposés entre les deux surfaces articulaires et n'adhèrent aucune d'elles (exemple : les ménisques du genou).

Les bourrelets et les ménisques sont fixés, par leur périphérie, à la face profonde de la capsule articulaire.

#### II 4 Moyens d'union :

Au niveau de chaque articulation, les surfaces osseuses en présence sont maintenues en contact par une capsule articulaire et par des ligaments.

La capsule est un manchon fibreux étendu d'un os à l'autre. Elle s'insère sur les extrémités osseuses, au voisinage des surfaces articulaires et entoure complètement celle-ci.

Son épaisseur et sa laxité varient d'une articulation à l'autre et dépendent de la mobilité de l'articulation: plus la capsule est large, plus le jeu de jointure est ample.

La capsule est renforcée à certains endroits par des trousseaux fibreux denses et résistants, auxquels on donne le nom de **ligaments**. Certains ligaments ne sont que des zones épaissies de la capsule articulaire et sont indissociable de celle-ci ; d'autres ligaments sont bien individualisés et sont indépendants de la capsule; d'autres, enfin, dépendent des tendons qui s'insèrent au voisinage l'articulation.

#### II 5- Organe de glissement :

Il est représenté par la membrane synoviale. Elle est une membrane mince qui s'insère au pourtour des surfaces cartilagineuses et qui tapisse la face profonde de la capsule articulaire. Elle forme ainsi avec les surfaces cartilagineuses une close, **la cavité articulaire**.

La cavité articulaire contient une petite quantité de liquide clair, visqueux, filant, le liquide synoviale ou **synovie**. Ce liquide est sécrété par la synoviale. Il joue

le rôle de lubrifiant et facilite les mouvements des surfaces articulaires l'une par rapport à l'autre.

En certains endroits, la synoviale est exubérante et forme des **franges synoviales**; les franges synoviales viennent combler les vides qui se produisent entre les surfaces articulaires au cours des mouvements de la jointure.

Au voisinage de l'articulation existent parfois des organes de glissement facilitant le jeu des tendons sur le plan squelettique. On leur donne le nom de **bourses séreuses**.

Ces bourses sont le souvent autonomes, mais peuvent communiquer avec la cavité articulaire. [2]

## II 6 Les lésions articulaires:

### II 6-1 DEFINITION :

Une lésion articulaire est toute atteinte quelconque de l'os et ou des différents éléments qui interviennent dans la composition de cette articulation.

### II 6-2 PATHOLOGIE DES LESIONS ARTICULAIRES

Une grande variété d'accidents et de souffrances chroniques peut être décrits dans le tennis comme dans les autres sports.

Mais, il n'y a pas de pathologie vraiment spécifique au sens strict du terme (Y compris pour le « **Tennis-elbow** » que l'on rencontre dans d'autres spécialités et pathologie du travail).

Ce pendant, certaines lésions aiguës et surtout chroniques sont observées avec une fréquence toute particulière chez les pratiquants de tennis.

#### II 6-2-1 L'ÉPAULE :

Chez les pratiquants de tennis, deux « types d'épaules » peuvent être étudiés :

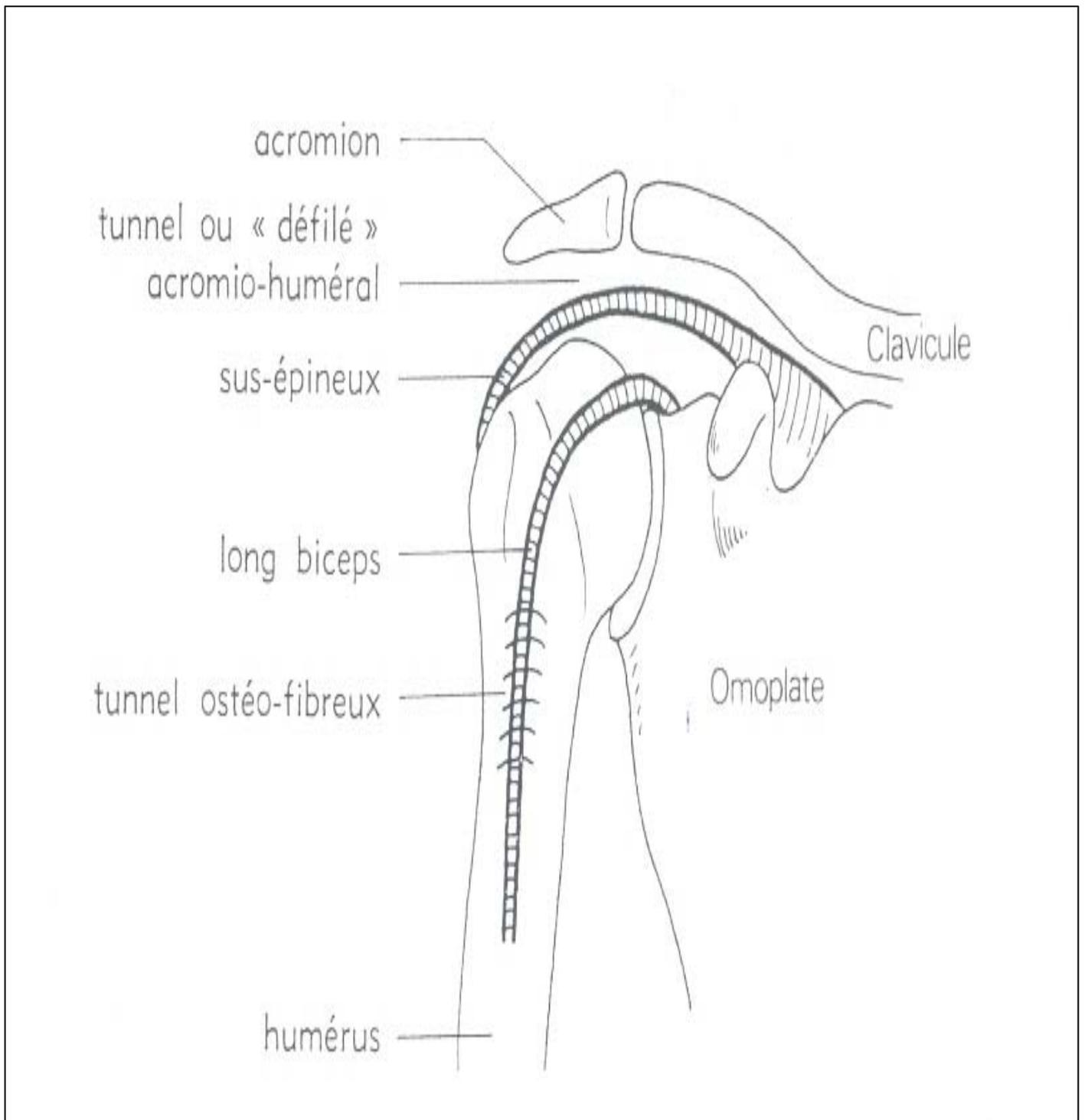
-l'épaule douloureuse simple ;

-l'épaule instable chronique.

##### II 6-2-1-1 L'épaule douloureuse simple :

Elle correspond surtout à des tendinites de l'épaule, localisées, essentiellement aux sus épineux et au long biceps. Parfois, sont associées des lésions d'autres éléments anatomiques difficiles à objectiver. (Fig. : 1)

Les deux tendons sont malmenés du fait des sollicitations répétées et violentes (service au premier chef) et des contraintes qu'ils subissent dans le défilé sous acromial et la coulisse bicipitale.



**FIG: 1** – Vue schématique de l'épaule montrant les trajets des tendons du sus-épineux et du long biceps.

II 6-2-1-2 L'épaule instable chronique :

Elle peut se définir simplement, soit par la survenue répétée de déboîtements articulaires lors de certains gestes (luxations récidivantes) soit d'une manière

plus bâtarde par une impression d'insécurité articulaire avec ressauts, «  
Dérapage », sensation de dérangement interne.

On peut éliminer la luxation récidivante vraie, dont le diagnostic est évident et le traitement bien codifié, et qui, en fait, représente dans le tableau d'instabilité d'une épaule aigue récidivante.

Il reste donc à éclairer le syndrome véritablement chronique, encore mal connu et trop limité au syndrome **-dit du bourrelet glénoïdien-** car la plupart du temps cet élément n'est pas seul en cause.

#### II 6-2-2 LE COUDE :

Le terme de « tennis elbow », résume à lui seul la pathologie du coude du joueur de tennis. Il est l'image même de la confusion apportée par le langage courant ; à un degré moindre, celui d'épicondylite est également employé de façon abusive.

En fait, sous ces termes, se cachent des lésions d'importance très diverse atteignant différents éléments anatomiques isolément ou en association. Enfin, la complexité de cette question est encore accrue par le fait que des atteintes à distances peuvent se manifester par des souffrances irradiées au niveau du coude :

-arthrose cervicale ;

-compression vasculaire au niveau des défilés cervico-thoraciques.

- Il est donc bien difficile de faire comprendre à un blessé que son coude douloureux ne présente pas forcément la même lésion que tel ou tel autre de ses coéquipiers.

#### II 6-2-2-1 Les éléments susceptibles d'être atteints :

##### II 6-2-2-1-1 Les tendons (par une maladie d'insertion ou tendinite) :

-épicondyliens (on parle alors d'épicondylite vraie) ;

-épidermomycoses (épitrochléite) ;

-bicipital.

##### II 6-2-2-1-2 La branche postérieure du nerf radial :

Elle est appelée à tort le nerf interosseux, qui peut être comprimée au niveau du coude.

II 6-2-2-1-3 La capsule (enveloppe de l'articulation).

Plus rarement touchée.

II 6-2-2-1-4 Les éléments intra articulaire dont l'atteinte constituent le Syndrome intra articulaire du tennis elbow :

- Le cartilage ;
- Le ligament annulaire ;
- Le ligament de Dénucé ;
- La synoviale...

II 6-2-2-2 Les entités pathologiques du tennis elbow :

II 6-2-2-2-1 L'épicondylite vraie :

C'est la plus fréquent des maladies d'insertion du coude, mais elle ne résume pas toutes les douleurs épichondyliennes, appelées en langage médical épicondylalgies. Ce sont principalement les tendons lésés situés à proximité du coude qui sont responsables de la douleur associée à l'épicondylite. Ces tendons sont de solides bandes de tissus qui fixent les muscles à l'os, et lorsqu'ils subissent une tension ou sur utilisation répétée, ils deviennent sensibles et gonflés.

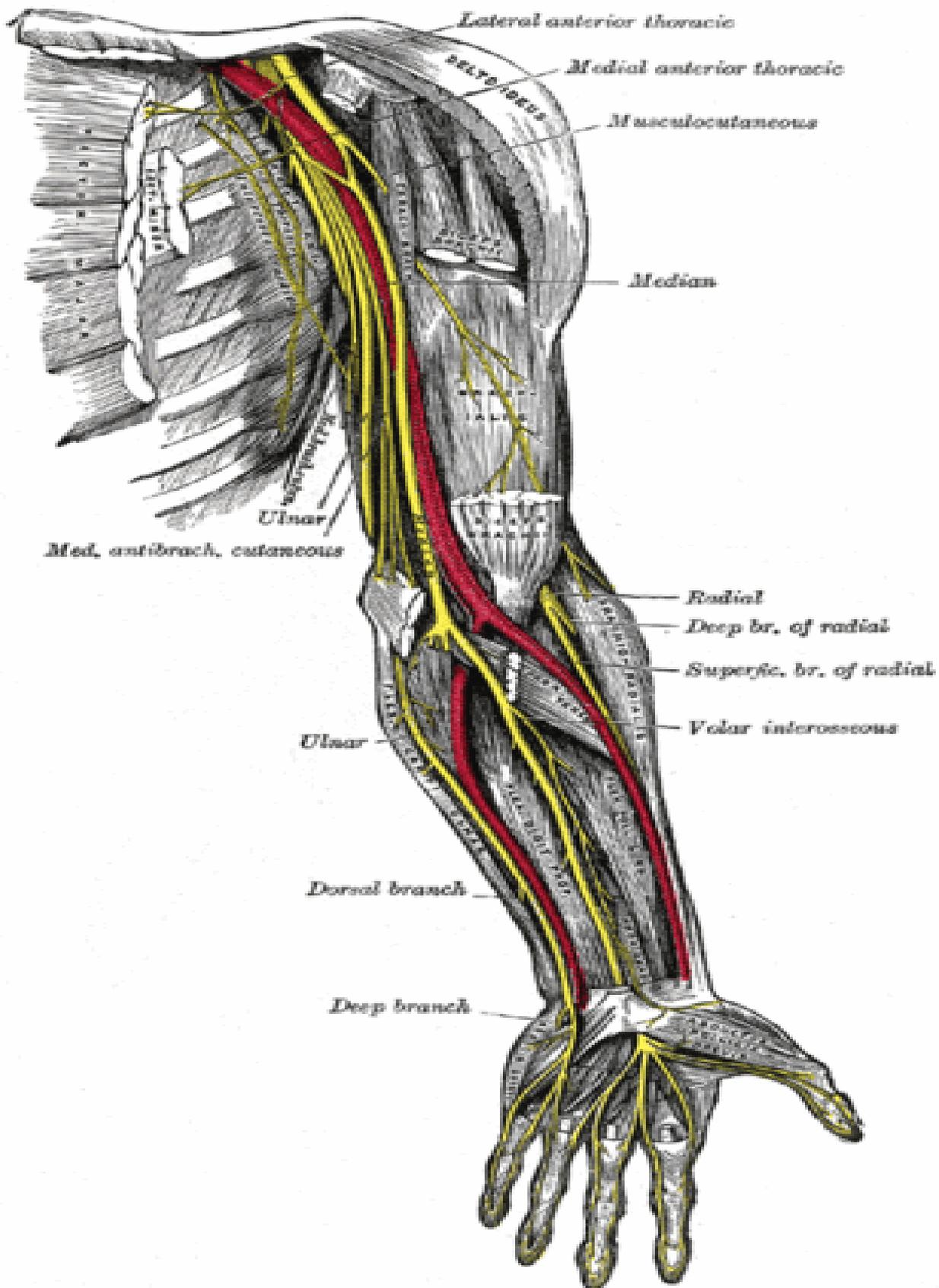
Le sujet souffre alors d'une tendinite (ou tenosite), c'est-à-dire une inflammation du tendon.

II 6-2-2-2-2 Le syndrome neurogène :

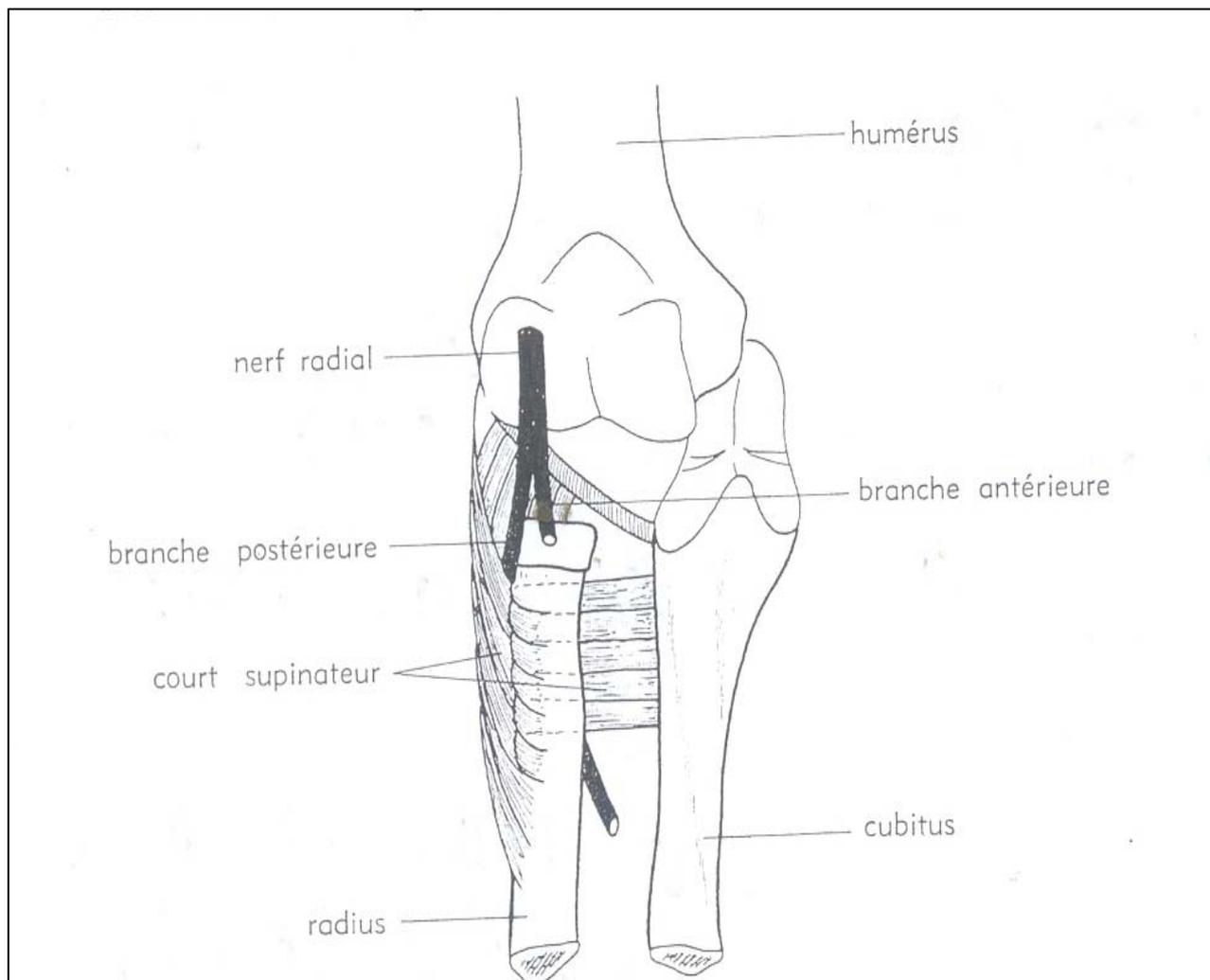
Il correspond à une souffrance de la branche postérieure du nerf radial. Comme l'épicondylite, il se manifeste par une épichondyalgie qui présente théoriquement des caractères distinctifs :

- douleur nocturne isolée ou à paroxysme nocturnes ;
- résistance aux thérapeutiques habituelles et au repos.

La confirmation est apportée le plus souvent par un électromyogramme (E.M.G) qui montre des signes d'atteinte du nerf. (fig. : 2 ; 3)



**Fig. : 2 – Vue schématique du bras montrant le trajet du nerf radial**



***Fig. 3 Schéma du coude << éclaté >> montrant le passage de la branche postérieure du nerf radial entre les deux faisceaux du court supinateur.***

### II 6-2-2-2-3 Le syndrome intra articulaire :

Il est caractérisé par une atteinte d'un ou de plusieurs éléments intra articulaire. Il se manifeste lui aussi par une épicondylalgie.

### II 6-2-3 LES FAUX TENNIS ELBOW :

Ce sont des lésions à distance du coude qui peuvent simuler ou entretenir une épicondylalgie, ou bien encore, ce qui est excitant pour l'esprit du clinicien, s'associer aux douleurs d'origine locale.

#### II 6-2-3-1 La névralgie cervico-brachiale :

- Souffrance cervico-radriculaire sur terrain arthrosique ou par malmenage sportif (services inadaptés ou violents).

- Douleurs cervicales inconstamment associées à celles du coude.

Il faut y penser, mais ne pas l'accuser systématiquement chez les vétérans, et ne pas tout attendre des seules manipulations cervicales.

#### II 6-2-3-2 Le syndrome de La traversée thoraco-brachiale :

Nous l'avons récemment mis en cause chez des sportifs souffrant sans raison apparente.

Il est lié à une compression des vaisseaux et des nerfs du membre supérieur dans leur passage entre thorax, cou et épaule. Cette compression n'est effective que dans certaines positions (élévation du bras avec ou sans rotation externe, rétropulsion...).

### II 6-2-4 POIGNET ET MAINS :

Contrairement à ce qu'on pourrait attendre, l'utilisation de la raquette entraîne relativement moins de pathologie au niveau de la main qu'au niveau du coude.

Un certain nombre de lésions sont banales et ne doivent être que citées.

Ce sont, notamment :

-Les plaies par abrasion ou callosités siégeant à la face interne de l'articulation inter phalangienne du pouce, dues à une inadaptation au diamètre du manche, à une mauvaise qualité de son cuir et, aussi, à une hyper utilisation ;

- Les myalgies ou crampes, du long fléchisseur propre du pouce surtout rencontrées chez le débutant qui à une mauvaise prise de raquette ;
- Les ténosynovites des radiaux atteignant également les débutants qui « jouent du poignet ».

Nous retiendrons essentiellement :

- les fractures du scaphoïde et du pyramidal, trop souvent méconnues ;
- le poignet douloureux chronique, qui doit être démembré, au même titre que le tennis elbow.

#### II 6-2-5 FRACTURE DU SCAPHOÏDE

Elle survient à la suite d'une chute sur la paume de la main ouverte (main libre ayant lâché la raquette).

#### II 6-2-6 L'ARRACHEMENT DE LA CORNE POSTERIEURE DU PYRAMIDAL

Elle aussi survient à la suite d'une chute sur le dos de la main. C'est une atteinte par conséquent presque exclusive de la main tenant la raquette.

##### II 6-2-6-1 Le poignet douloureux chronique :

Il s'agit bien d'un syndrome polymorphe irritant pour le joueur et agaçant parfois le médecin qui ne le trouve pas d'explications.

Il faut essayer de systématiser la démarche diagnostique pour ne pas s'égarer dans la multiplicité des causes possibles.

1-) En premier lieu, faire préciser les modalités d'apparitions des douleurs qui doivent guider :

- soit après un accident (penser avant tout à une fracture méconnue) ;
- soit sans antécédent traumatiques vrais (inciter alors l'aspect technologique qualitatif et quantitatif).

2-) En deuxième lieu, procéder à un examen clinique méticuleux :

- palpation attentive qui doit déboucher sur une localisation anatomique ;
- examen dynamique à la recherche d'une hyper laxité globale ou localisée (semi-lunaire, radio-cubitale inférieure...) ou d'une raideur séquellaire ou

banalement fonctionnel. La découverte d'un ressaut lors des circumductions doit faire penser à une instabilité scapho-lunaire. Il ne faut pas oublier le testing par les mouvements contrariés.

3-) Enfin, savoir demander un bilan radiologique, non pas seulement standard, mais spécifique de la lésion soupçonnée cliniquement.

II 6-2-6-2 Catalogue simplifié des entités responsables

### Fracture du carpe

- Scaphoïde.
- Semi-lunaire.
- Pyramidale (arrachement de la corne postérieure).

### Séquelles d'entorses.

- Instabilité scapho-lunaire isolée.
- Instabilité radio-cubitale inférieure.

### Le syndrome d'hyper utilisation

- Tendinites d'insertion ;
- Ténosyonvite ;
- Ligamentite ;
- Styloidite ;

Ces syndromes d'hyperutilisation sont favorisés par :

- une hyperlaxité constitutionnelle ;
- une raideur post traumatique ou constitutionnelle ;
- des erreurs technologiques (mauvais geste technique) ;
- une utilisation systématique d'un coup efficace, mais agressif, sur certains poignets « peu rustiques », par exemple: les coups liftés ;
- un mauvais choix du matériel.

## II 6-2-7 BASSIN -HANCHE-CUISSE

### II 6-2-7-1 La « maladie des adducteurs »

Ce syndrome « fourre-tout, désigne aussi improprement par le terme de pubalgie, résume pratiquement à lui seul la pathologie de cette région, dans sa forme chronique tout au moins. Au même titre que le tennis elbow, il mérite d'être démembré pour préciser la localisation et la nature exacte des lésions. Il peut s'agir, ce qui est donc très trompeur, d'atteintes :

- tendineuse (adducteurs, grands droits) ;
- musculaire (adducteurs, grands droits, obliques) ;
- articulaire (symphyse pubienne) isolées ou imbriquées.

#### Le catalogue des lésions :

##### - Lésions aiguës :

- déchirures musculaires ;
- désinsertions partielles, musculo-tendineuse ou tendino-periostée, musculo-aponévrotique.

##### - Lésions chroniques :

- maladies d'insertion tendineuse ;
- séquelles des déchirures ou des désinsertions : cicatrice fibreuse ou déhiscence ;
- arthropathie pubienne.

## II 6-2-8 LE RACHIS

La pathologie rachidienne est extrêmement fréquente dans le tennis, que ce soit au plus haut niveau ou dans la pratique du tennis de loisir.

Chez l'adulte la pathologie dominante est la pathologie discale, quelle soit aiguë ou dégénérative. Celle-ci peut provoquer des crises de sciatique vraies, c'est-à-dire la compression d'une racine sciatique par une hernie discale ou un « bec

arthrosique », soit des « fausses sciatiques » qui sont des douleurs musculaires ou tendineuses projetées.

Viennent ensuite les blocages vertébraux ou dérangements intervertébraux mineurs qui peuvent provoquer parfois des douleurs aussi importantes que les problèmes discaux, avec contractures musculaires sévères et poussées inflammatoires. Ceux-ci guérissent beaucoup plus vite que les problèmes discaux, par des manipulations vertébrales ou des techniques ostéopatiques. Il est également fréquent de rencontrer des problèmes liés au bassin (torsion du bassin, blocage de l'articulation sacro-iliaque) ou des problèmes rachidiens dégénératifs qu'il convient de savoir repérer et traiter pour éviter la chronicité. Chez l'enfant en dehors des scolioses bénignes et des maladies de croissances qui nécessite une surveillance accrue avec période de dans les phases douloureuses, il convient d'être surtout attentif aux douleurs lombaires basses. Celles-ci peuvent en effet annoncer ou révéler les pathologies isthmiques (congénitales ou acquises par excès de sports) responsable des glissements vertébraux irréversibles (spondylolisthésis). Il est donc important de faire un bilan radiologique précis sur toute douleur lombaire de l'enfant qui ne cède pas avec le repos. [3]

### II 6-3 ANATOMIE CLINIQUE DES LESIONS ARTICULAIRES

Chez les pratiquants de tennis, comme dans d'autres sports les lésions articulaires se manifestent par une douleur modérée ou importante avec localisation.

Dans l'**épicondalgie vraie**, elle est reconnue par :

**-Des troubles subjectifs :**

Douleur lors de la pratique et notamment lors du revers, et dans certains gestes de la vie quotidienne : ouvrir une porte, verser une bouteille pleine, bloquer une vis, donner une poignée de main... ;

**-Les signes objectifs :**

Point douloureux exquis au niveau de l'épicondyle à la palpation et aux mouvements contrariés.

Dans **le syndrome intra articulaire**, il est identifié :

- Par la palpation de la tête radiale ou de l'interligne articulaire en effectuant simultanément des mouvements de pro supination. Cette double manœuvre reproduit la douleur perçue spontanément et déclenche inconstamment un ressaut ou un accrochage.

-Par l'existence éventuelle d'un flexum discret, récent, intermittent ou permanent.

Dans **le syndrome de la traversée thoraco-brachiale**, il est soupçonné :

-devant l'association de la douleur du coude à d'autres localisations (bras, avant-bras, main) à des fourmillements de la main, à une perte de force du membre supérieur.

-devant un déclenchement électif et constant de ces troubles par un geste sportif précis (servies, smashes...) et par certains gestes de la vie courante (nettoyage des vitres...) ou encore, lors du bricolage (pose de tapisserie, peinture de plafond).

-Devant la cessation des troubles par le retour à la position bras pendant.

-Finalement, devant une claudication intermittente du membre supérieur à l'effort bras levé mais aussi devant une épicondylalgie rebelle dans un contexte de troubles bâtards du membre supérieur. [3]

## II 6-4 TYPES DE LÉSIONS ARTICULAIRES

Les fractures proches d'une articulation peuvent léser la plupart des composants de cette articulation :

### II 6-4-1 Les lésions ligamentaires :

Les lésions des ligaments peuvent se voir sous forme d'une élongation, d'une contusion, d'une rupture ou d'un arrachement.

### II 6-4-2 Les lésions des cavités articulaires :

La cavité articulaire peut se remplir d'un épanchement séreux ou le plus souvent sanguin réalisant une hémarthrose qu'il faudra ponctionner.

#### II 6-4-3 Les lésions méniscales :

Les ménisques peuvent être désinsérés ou rompus.

#### II 6-4-4 Les lésions de la capsule articulaire :

La capsule articulaire peut être fissurée, désinsérée ou arrachée.

#### II 6-4-5 Les épicondylites : (TENNIS-ELBOW)

L'épicondylite est une maladie douloureuse du coude, souvent appelée **TENNIS ELBOW** ou coude du joueur de tennis, appellation trompeuse car la plupart des personnes qui ont ce problème ne jouent pas au tennis, cette pathologie étant rarement associée à des activités de loisir. Il s'agit en fait d'une épicondylite latérale, inflammation qui survient au voisinage d'une petite saillie osseuse de l'extrémité inférieure de l'humérus côté externe, juste au dessus de l'articulation du coude. [4]

#### II 6-4-6 au genou :

Les ligaments latéraux internes et externes ou les ligaments croisés peuvent être touchés dans les traumatismes de la rotule ou des extrémités distales (fémur) et proximales (tibia).

#### II 6-4-7 La cheville :

Les ligaments latéraux internes et externes ainsi que les péroné -tibial, sont très souvent atteints dans les fractures bi-malléolaires.

#### II 6-5 DIAGNOSTIC DES LESIONS ARTICULAIRES

-Le diagnostic doit être la première démarche et donc précéder toute thérapeutique.

-Le diagnostic doit reposer sur des bases solides : connaissances technologiques, interrogatoire précis, l'examen clinique minutieux, éventuellement complété par des examens spécialisés (biologiques, radiologiques...).

-l'examen de la région douloureuse doit être systématique et méticuleux, guidé par la connaissance de l'anatomie, et respectant une véritable programmation. S'il est conduit au hasard, il ne peut mener qu'à des approximations empiriques.

-Un certain nombre de lésions peut être reconnue facilement par les pratiquants eux mêmes, mais sous un même vocable elles désignent des lésions de gravité variable impliquant des délais de repos et des traitements différents (par exemple : les termes d'entorse ou de tennis elbow comprennent des lésions de nature ou d'importance variables).

-A chaque localisation, correspond un certain nombre de pièges, qui exige du médecin, dit sportif une profonde culture de médecine générale qui dépasse le domaine de la traumatologie.

Il ne faut pas tout attendre des examens para cliniques et notamment de la radiologie simple. Celle-ci n'apporte que des éléments sur l'état de l'os ou sur le vieillissement articulaire, mais beaucoup d'états pathologiques de ce qu'on appelle « les tissus mous » échappent aux possibilités radiologiques. De plus, il est très important de savoir que beaucoup de lésions articulaires ou para-articulaires ne sont découvertes que par l'utilisation d'incidence ou de films spéciaux que le médecin doit savoir demander pour obtenir des renseignements qui échappent aux photographies habituelles et standard. La tomodensitométrie (scanner) connaît une mode croissante dans l'esprit du public, mais son utilisation, lourde financièrement, n'entraîne en traumatologie que de rares indications.

***Dans l'épaule douloureuse simple***, le diagnostic repose sur la reproduction de la douleur par la palpation des tendons en cause et par les mouvements contrariés (abduction pour les sus épineux, flexion du coude pour le long biceps).

***Dans l'épaule instable chronique***, le diagnostic repose sur la recherche :

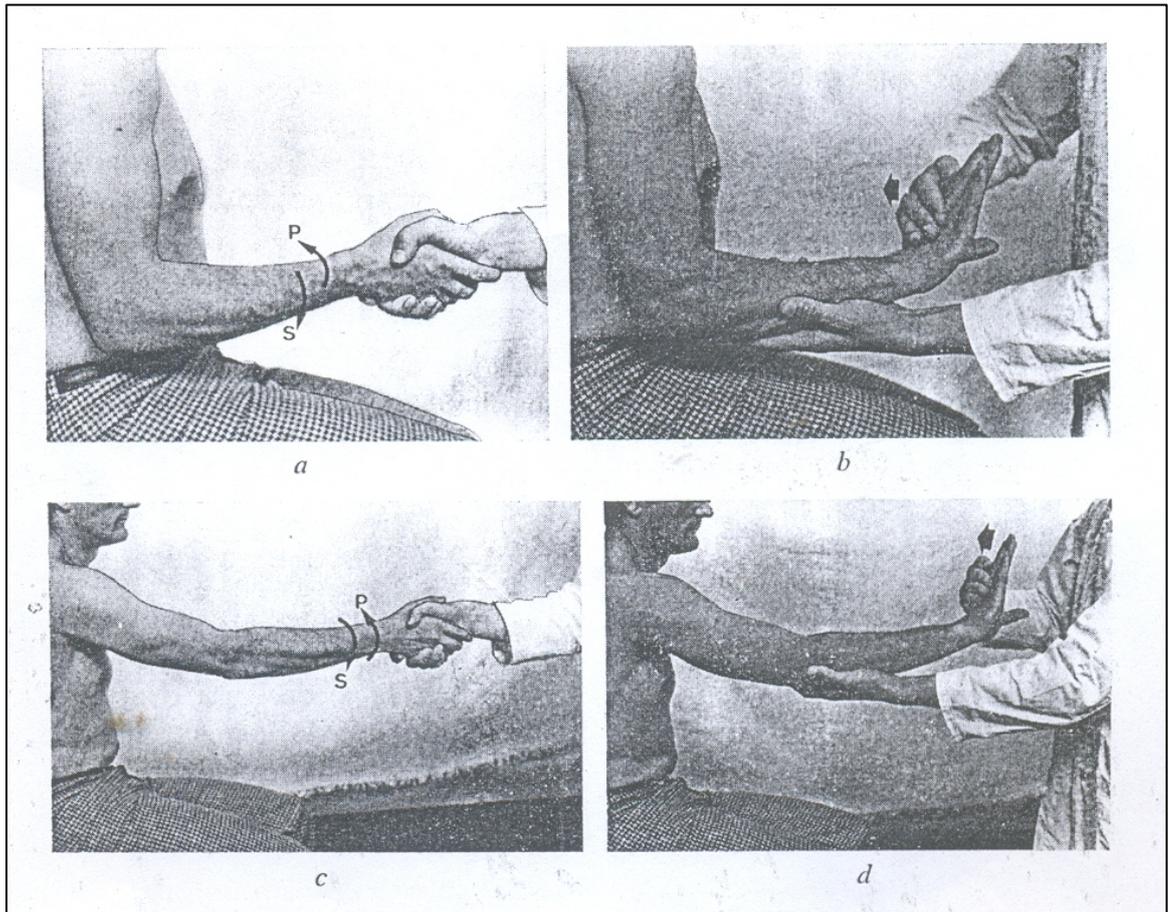
- De douleur au niveau de l'interligne, accessible plus facilement par la palpation du creux de l'aisselle ;
- Du tiroir antéro-postérieur de la tête humérale chez l'hyperlaxe souvent bilatéral (demande dans sa recherche un entraînement particulier) ;
- Reproduction du ressaut, blocage bref par abduction, rotation externe active et / ou passive ;
- Appréhension du blessé dans l'examen dynamique de son épaule.

*Les donnés para cliniques*, elles confortent le diagnostic clinique :

- La radio standard peut apporter inconstamment des arguments étiologiques : séquelles de fractures du rebord de la glène, déformation de la tête humérale, fracture, tassement localisé de la tête humérale, désorientation de la glène.
  
- Seule l'arthropneumo-tomographie peut apporter des renseignements sur la capsule (décollement capsulo-périosté...) et le bourrelet (languette, désinsertion...).

***Dans l'épicondylite vraie***, le diagnostic est retrouvé :

- En examinant systématiquement la raquette du blessé qui consulte, et recherchant une inadaptation au niveau de sa forme, de son poids, de son équilibre, de sa tension de cordage ;
- En se renseignant sur le « style » du joueur : coups travaillés atypiques ;
- en précisant, enfin, l'intensité et l'ancienneté de la pratique.



**Fig. 4- Test d'évaluation de l'épicondylalgie.**

**Dans le syndrome de la traversée thoraco-brachiale**, il est diagnostiqué :

-Par la disparition ou la diminution du pouls radial lors de manœuvres codifiées : abduction, rétro pulsion de l'épaule, rotation de tête en inspiration forcer ; l'apparition rapide de fourmillements au cours de ces manœuvres est un bon critère.

-Quelque fois, à l'occasion de ce qui est appelé la phlébite d'effort du membre supérieur, et qui en fait, est révélatrice des phénomènes de compressions veineuse au niveau des défilés.

-Sur les données para cliniques : doppler, phlébographie, E.M.G, et artériographie éventuellement.

**Dans la fracture du scaphoïde**, le diagnostic est toujours difficile : bénignité apparente, visualisation radiologique tardive, d'où la nécessité de retrouver une douleur précise dans tabatière l'anatomique à la palpation, à la compression de la colonne du pouce ( signe de VERNEUIL ), et de faire des bilans radiologiques orientés et répétés.

**Dans l'arrachement de la corne postérieur du pyramidal**, le diagnostic est également difficile par palpation minutieuse, incidences radiologiques de trois-quarts visant la face dorsale du carpe.

#### II 6-6 LA PRISE EN CHARGE DES LESIONS ARTICULAIRES CHEZ LES TENNIS-MEN :

**Prévention des lésions articulaires chez les pratiquants du tennis** : elles sont fondamentales même si un certain nombre d'accidents restent imprévisibles.

- **Prévention technologique :**

- Raquette adaptée à l'âge, à la morphologie, au sexe, à la valeur du pratiquant ;
- Choix des sols dans la mesure du possible ;
- Nécessité d'un échauffement général et spécifique ;
- Tenue vestimentaire variable selon les conditions atmosphériques ;
- Chaussures en bon état et choisies en fonction du sol ;
- Progression dans l'apprentissage ;
- formation musculaire de base qui doit comprendre aussi des exercices d'élongation (attention notamment à la fragilité des muscles postérieurs de la cuisse chez les tennismen trop « noués »).

- **Prévention diététique :**

- un peu trop oubliée ;
- horaire et menu des repas avant et pendant les rencontres ou les tournois soigneusement respectés ;

-ration hydrique suffisante.

- **Prévention personnelle** : il faut tenir compte :

- de son âge (par exemple : la technique du service est à fixer en tenant compte de la souplesse articulaire de l'épaule. On n'apprend pas à servir à un adulte ou à un presque vétéran comme on doit le faire pour un cadet) ;
- de son état de santé ou de condition physique ;
- de ses antécédents traumatiques ;
- de son niveau.

Le repos, toujours mal accepté est un temps thérapeutique capital. Mais il doit être modulé en fonction du siège et de l'importance de la blessure, afin de permettre au pratiquant la récupération la plus rapide et la plus complète possible ; ainsi le tennis elbow ne doit pas empêcher l'entretien de la condition physique par du footing, alors qu'un claquage sévère du mollet impose la cessation de toute activité pendant plusieurs jours et du tennis pendant plusieurs semaines, voir plusieurs mois.

-Les thérapeutiques miraculeuses dans les lésions chroniques n'existent pas, malgré les propositions commerciales diversifiées.

-les massages et la physiothérapie ont beaucoup évolué et demandent au kinésithérapeute, sous la direction du médecin, une mise en jour de ses propres connaissances pour ne pas sombrer dans le commercial routinier.

-Certaines thérapeutiques sont dangereuses : les injections locales si elles sont mal dirigées, trop répétées, ou effectuées dans une lésion musculaire (Risque de nécrose, de fibrose cicatricielle ou d'infection) de même les massages, s'ils sont effectués sur un claquage musculaire frais...

Les nouvelles thérapeutiques, acupuncture, auriculothérapie (nouvel « opium du peuple ») ont du moins l'avantage de ne pas être agressives ; elles suivent la mode, mais elles n'ont qu'une efficacité limitée, tandis qu'elles font espérer trop de blessés qui oublient la valeur indéniable des thérapeutiques traditionnelles et l'importance du repos sportif pendant la cicatrisation.

***Dans l'épaule douloureuse simple***, le traitement comporte :

Le repos articulaire, complet pendant 2 à 6 semaines, puis la reprise partielle de l'entraînement à l'exclusion des services, avant la reprise complète. Le footing et la gymnastique d'entretien sont autorisés d'emblée ;

-l'administration par voie générale d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (Indocid, Nifluril, Voltarène) ou, mieux encore, stéroïdiens (Cortancyl, Médrol) à doses dégressives trois à cinq semaines ;

-Les injections locales éventuellement, sans dépasser trois injections, en se méfiant des injections intra-tendineuses qui risquent de provoquer une rupture secondaire des tendons, et en respectant un intervalle de temps suffisant entre les injections.

***Dans l'épaule instable chronique***, le traitement est chirurgical et réservé aux sujets, exigeants et peut-être aux presque vétérans qui restent passionnés par le tennis.

En effet, il paraît inutile d'agresser chirurgicalement une articulation trop vieillie et qui ne bénéficiera pas totalement de cette indication.

On peut résumer la technique imposée par la découverte de lésions associées : nettoyage articulaire, réfection de la capsule, butée antérieure par utilisation de la corticoïde.

Après immobilisation de 20 à 25 jours et rééducation isométrique des premiers jours puis plus complète, la reprise des premiers gestes élémentaires du tennis (coups droits, revers) se fera entre la 8ème et 12ème semaine. La reprise de la compétition après le 4ème mois.

***Dans le tennis elbow***, le traitement est :

-d'une manière « technologique », qui peut suffire : changement de raquette, suppression ou modification du « coup » responsable ;

-d'une manière symptomatique : repos prolongé, trois semaines à trois mois, anti-inflammatoires par voie générale et par voie locale en injections. Il faut associer les deux voies pour assurer un meilleur pourcentage de résultats ;

-d'une manière moins conformiste en préconisant : acupuncture, auriculothérapie et divers grigris dont les résultats sont satisfaisants sur le plan psychologique mais faibles sur le plan statistique ;

-d'une manière chirurgicale si tout à échoué (cette chirurgie demande une certaine expérience et une main entraînée).

**Dans le syndrome neurogène**, le traitement est chirurgical, il demande une main très entraînée à cette chirurgie fine. Il consiste à libérer le nerf et il implique une vérification systématique de tous les éléments voisins qui peuvent être simultanément atteints.

Les résultats sont très rapides et excellents si l'indication est bien posée.

Reprise trois mois après environ.

**Dans le syndrome intra articulaire**, le traitement repose sur :

-Le repos sportif deux à trois mois au moins.

-Anti-inflammatoires généraux et locaux (injections intra articulaires) chez l'adulte seulement.

-Chirurgie si échec des traitements non invasifs après avoir dressé un dossier complet (tomographies, arthrographie, éventuellement électromyogramme et Doppler des membres supérieures).

**Dans le syndrome de la traversée thoraco-brachiale** : le traitement se fait par :

-une rééducation spécifique dans un premier temps.

-par la chirurgie, réservée seulement aux cas sévères sur un ensemble d'arguments objectifs et formels, ou aux complications (phlébite d'effort, micro-embols périphériques).

Pour les cas mineurs entraînant un handicap épisodique, il faut savoir expliquer et faire accepter la gêne fonctionnelle et ne pas pousser à l'intervention dont les résultats, dans ce cas, sont très irréguliers et, en général, peu satisfaisants.

**Dans le traitement de fracture du scaphoïde :**

- Immobilisation toujours longue, à déterminer en fonction de la direction du trait de fracture (consolidation d'autant plus tardive que la direction du trait se rapproche du grand axe du scaphoïde) et du siège de la fracture (quatre semaines pour le tubercule, douze au moins pour le pôle supérieur).
- Le risque possible d'évolution vers la pseudarthrose, vers l'instabilité scapho-lunaire (disjonction scapho-lunaire associée méconnue), vers la nécrose du pôle supérieur et enfin vers l'arthrose).
- Reprise sportive plus ou moins précoce selon la main atteinte.
- Possibilité, s'il s'agit de la main « libre », de proposer au bout d'un mois, à la place du plâtre, une attelle en Polysar lavable, qui permet au sujet de jouer, prudemment, sans les risques de macération liés à la sudation sous plâtre.

II 6-6-1 LE TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE :

- Il s'applique à l'ensemble des éléments de ce syndrome.
- Repos sportif total, puis moduler si le footing de reprise est indolore, avec élimination des gestes agressifs pour le groupe musculaire atteint.
- Massage, rééducation, physiothérapie, sous des formes très variées suivant les indications classiques.
- Antalgiques et anti-inflammatoires.

Il nous apparaît que les corticoïdes dans les formes chroniques sont plus efficaces que les non-steroidiens. Traitement par la voie générale de 20 à 40 jours.

Les injections locales de corticoïdes, 1 à 3 au plus, avec les précautions habituelles.

II 6-6-2 TRAITEMENT A « VISEE ETIOLOGIQUE » :

- Correction technologique : certains joueurs abusent de gestes techniques agressifs et parfois inutiles : glissades en fente, faux contre-pieds...
- Correction de l'inégalité des membres inférieurs. Elle apporte un réconfort facile, mais incertain, justifiée seulement au-dessus de (1) centimètre. Nous

pensons qu'en fait, sur le plan statique, il ne faut pas se satisfaire d'une analyse aussi simpliste. En effet, nous semblent intervenir d'avantage des anomalies moins évidentes : anomalies positionnelles du bassin, antéversion excessive du col fémoral et anomalie de rotation du membre.

Abord chirurgical :- La chirurgie parait n'avoir que deux types d'indications :

- les tendinites rebelles des adducteurs (allongement...).
- Les fractures qui ne nécessitent pas un traitement orthopédique. [3]

## 11 7 Notions générales sur la médecine du sport :

### 11 7-1 LA PHYSIOLOGIE DU SPORT :

Elle propose d'apporter les bases nécessaires à la compréhension de l'homme en activité (activités physiques et sportive, activités ludiques ou professionnelles), suppose une connaissance préalable générale de la physiologie humaine, telle qu'elle est exposée dans des ouvrages plus vastes. Elle n'intègre pas non plus les résultats des recherches les plus récentes, dont les résultats sont encore en discussion et régulièrement publiés dans les principales revues de physiologie et médecine du sport.

Chaque époque voit surgir des questions qui touchent à la pratique sportive. Ainsi, le vieillissement de la population, associé à une cessation d'activité professionnelle moins tardive, ouvre à la pratique sportive un nombre croissant de personnes âgées. Les connaissances sur le vieillissement des aptitudes physiques doivent retenir l'attention et inciter au développement de programme de maintien en forme dans les tranches d'âges supérieur à 50 ans comme cela est déjà le cas dans les pays scandinaves. [5]

### 11 7-2 CONTRE INDICATION AU SPORT :

**Exceptionnelles chez l'enfant et l'adolescent :** L'hypertension artérielle, un souffle non organique, une coarctation aortique, une insuffisance mitrale, un rétrécissement aortique congénital.....

-Chez l'adulte avant 40 ans, les contre-indications au sport sont très rares mais existent : une cardiopathie congénitale méconnue, les anévrismes, la fibrillation ventriculaire.

-Après 40 ans, apparaît le spectre de la cardiopathie ischémique. Une hypertension artérielle, un angor, un infarctus du myocarde, une insuffisance cardiaque quelle qu'en soit l'origine. [6]

### II 7-3 ASPECTS MEDICO-SPORTIFS SPECIFIQUES DE LA PRATIQUE DU TENNIS

Ils tiennent essentiellement aux deux faits suivant : l'existence permanente de la notion de « compétition » et l'importance considérable du rapport des valeurs techniques entre les deux compétiteurs d'un match.

#### II 7-3-1 TENNIS ET COMPETITION :

Alors qu'il est relativement facile pour la majorité des sports de faire la séparation entre la compétition d'une part et par ailleurs l'entraînement, l'exercice, le loisir, l'amusement.

Il est permanent au tennis que cette notion de compétition domine le débat. Même en dehors de tout championnat, de tout tournoi, de tout caractère officiel de la confrontation, même sans enjeu, sans arbitre, sans spectateur, même entre amis, entre frères, entre père et fils, même chez les débutants, même en riant... au tennis on compte les points. Des lors la compétition existe car on essaie de rattraper l'autre lorsque celui-ci mène, on tente de faire mieux que la semaine précédente, on se prépare un peu ou beaucoup au match.

A partir de cet instant, il n'y a plus de points que l'on « laisse filer », une balle de match est, pour un instant seulement, la chose la plus importante du monde et ce n'est qu'après –bien après qu'on a gagné (ou perdu) qu'on se rappelle que ce match... n'avait, vraiment, aucune importance.

Si donc cela ne peut être autrement, il s'intéresse avant tout aux compétitions organisées puis qu'il n'y a que celles-ci soient codifiables, il ne devra jamais

oublier dans ces actions et dans ces conseils que le joueur ou la joueuse du tennis joue la compétition, même s'il ou elle ne participe à rien d'officiel.

#### 11 7-4 LE CONTROLE MEDICAL DU TENNIS :

Le tennis, comme tous les sports, doit satisfaire à des obligations légales ou réglementaires en ce qui concerne le contrôle médical de sa pratique.

Le certificat médical annuel préalable à la compétition au libellé explique, y est exigible.

Mais la pratique du tennis comporte, par rapport aux autres sports, un certain nombre de caractéristiques et d'originalités qui influent au plus haut point sur les modalités du contrôle.

La récente « loi d'orientation » des sports dites « loi MAZEAUD » permet enfin que la réglementation médicale sportive soit spécifique à chaque sports, alors qu'auparavant, elle représentait un carcan valable pour tous les sports, dont il était souvent indispensable de s'évader.

#### 11 7-5 LA REGLEMENTATION MEDICALE SPORTIVE DU TENNIS

Quiconque pratique la compétition doit être possesseur d'un certificat médical annuel préalable à la compétition. De plus la pratique quotidienne du tennis, même en dehors de toute compétition officielle revêt un aspect compétitif, tellement permanent que quiconque « joue au tennis » est invité à bénéficier d'un examen médical annuel comme s'il effectuait des compétitions officielles.

[3]

# OBJECTIFS

Au MALI nous n'avons pas trouvé d'études effectuées sur les lésions articulaires chez les pratiquants du tennis.

Pour mieux cerner les pathologies articulaires nous avons retenus dans le cadre de cette étude certains objectifs à savoir :

III- OBJECTIF GENERAL :

- ❖ Etudier les aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques des lésions articulaires chez les pratiquants du tennis.

-OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- ❖ Identifier la fréquence des lésions articulaires chez les pratiquants du tennis.
- ❖ Diagnostiquer les différents types de lésions articulaires chez les pratiquants de tennis.
- ❖ Prise en charge des lésions articulaires.

# METHODOLOGIE

### III METHODOLOGIE

#### III 1 CADRES D'ETUDES :

Notre étude s'est déroulée à BAMAKO, plus précisément dans le TENNIS-CLUB de Bamako-coura et au Tennis-club du stade Omnisports Modibo KEITA de Bamako.

Les joueurs étaient suivis sur leurs terrains d'entraînement et leur terrain de compétition.

#### III 2 SITUATION GEOGRAPHIQUE ET INFRASTRUCTURES DES CLUBS

##### ❖ TENNIS CLUB DE BAMAKO COURA :

Son siège se trouve dans l'enceinte du terrain d'entraînement qui est situé en commune III au coeur du centre ville du district de Bamako.

Il est limite par :

- Le siège du réseau MALITEL et la pouponnière à l'EST ;
- L'INRSP (Institut National de Recherche en Santé Publique) et le Ministère de l'Education National à l'OUEST ;
- La maison centrale d'arrêts et le quartier de Bamako-coura au NORD ;
- Le parc du musée national au SUD.

##### ❖ LES INFRASTRUCTURES DU CLUB :

Les terrains d'entraînements sont contigus, durs faits de béton bien battu et tracés selon les normes à la pratique du tennis. Le pourtour est embelli de fleurs très bien entretenues.

##### ❖ LE TENNIS CLUB DU STADE OMNISPORT :

Situer dans l'enceinte du stade omnisport Modibo KEITA, est limitée par :

- le terrain de football à l'EST
- la piscine à l'OUEST
- l'amphithéâtre de Basket balle au NORD
- le pied de la colline du Point G au SUD.

#### LES INFRASTRUCTURES DU CLUB

Les terrains d'entraînements sont contigus, durs faits de béton bien battu et tracés selon les normes à la pratique du tennis.

### III 3 L'ADMINISTRATION DES CLUBS :

L'administration des deux clubs est assurée par un seul comité qui est constitué de :

- Le président du club ;
- L'adjoint du président ;
- Le chargé de commission ;
- Le trésorier.

### LA COMMISSION DE SANTE :

Elle est assurée par un médecin, seulement lors des compétitions.

### LES ENTRAINEURS :

Les entraîneurs sont aux nombres de trois :

- Deux entraîneurs techniques et un préparateur physique.

### LES JOUEURS :

Au nombre de 18 (senior et juniors et même des vétérans) tous amateurs.

### III 4 ACTIVITES DES CLUBS

Seul le tennis est pratiqué dans les clubs par des joueurs et des joueuses.

### LES ENTRAINEMENTS DES CLUBS :

Les entraînements se déroulent du lundi au samedi de 16 heures à 20 heures, et même plus. Bien que ce temps soit suffisamment large cela ne peut déterminer la durée d'un match de tennis.

Le nombre de joueurs compétitifs est élevé au Tennis Club Bamako coura, par contre ceux qui jouent au Tennis Club du stade Omnisport pour le simple loisir sont majoritaires.

### III 5 MATERIELS ET METHODES :

#### MATERIELS :

Notre étude a porté sur 18 patients des deux sexes répartis dans les deux clubs, le tennis club de Bamako coura (TCB) avec 37 cas et le tennis club du stade omnisport (TCO) avec 31cas.

Nous avons utilisé :

- Une fiche d'enquête sous forme de questionnaires,
- Les logiciels WORD, EXCEL, EPI INFO version 6.0

**-°Critères d'inclusion**

Ont été inclus tous les cas de lésions articulaires au cours des séances d'entraînement et pendant les matchs de compétitions.

**-°Critères de non inclusion**

N'ont pas été inclus dans notre étude, les cas de lésions articulaires survenue en dehors des séances d'entraînements et des matchs de compétitions.

METHODES :

Il s'agit d'une étude prospective sur 18 mois (Janvier 2006 à Juin 2007), concernant les pratiquants de tennis des deux sexes.

Nos données ont été recueillies et consignées sur des fiches d'enquêtes individuelles à partir d'éléments suivants :

- Interrogatoire des joueurs,
- Examens physiques,
- Examens complémentaires.

***Traitement et analyse des données***

Les données ont été traitées et saisies sur Word, EXCEL, et analysées par le logiciel EPI INFO version 6.0.

# RESULTS

REPARTITION EN FONCTION DE LA TAILLE :  
TABLEAU I

<b>TAILLE EN cm</b>	<b>TENNISMEN</b>	<b>POURCENTAGE%</b>
[160-170[	10	14,71
[170-180[	28	41,18
<b>[180-190[</b>	<b>30</b>	<b>44,12</b>
TOTAL	68	100%

Les sujets les plus grands dont la taille se situe entre 180-190 cm ont été les plus touchés avec 44,12%.

REPARTITION EN FONCTION DU NOMBRE D'ANNEE DE PRATIQUE DU TENNIS :

TABLEAU II

<b>NOMBRE D'ANNEE</b>	<b>NOMBRE DE CAS</b>	<b>POURCENTAGE%</b>
[0-10[	16	23,53
[10-20[	13	9,12
<b>[20-30[</b>	<b>39</b>	<b>57,35</b>
TOTAL	68	100%

La tranche d'âge 20-30ans dans la pratique du tennis a été la plus touchée avec 57,35%.

REPARTITION EN FONCTION DES DIAGNOSTICS :

TABLEAU III

<b>DIAGNOSTIC</b>	<b>NOMBRE DE CAS</b>	<b>POURCENTAGE%</b>
<b>Tendinites</b>	<b>21</b>	<b>30,88</b>
Epicondylites	8	11,76%
Entorses	11	16,18%
Arthrites	20	29,41%
Arthroses	3	4,41%
Lombalgies	5	7,35%
<b>TOTAL</b>	<b>68</b>	<b>100%</b>

Les tendinites ont été les plus fréquentes avec 30, 88%.

LA REPARTITION EN FONCTION DES CLUBS :

TABLEAU IV

<b>Club</b>	<b>TENNISMEN</b>	<b>POURCENTAGE%</b>
<b>TCB</b>	<b>37</b>	<b>54,41%</b>
TCO	31	45,59%
<b>TOTAL</b>	<b>68</b>	<b>100%</b>

Le Tennis-club de **BAMAKO-COURA** est le club avec le plus grand nombre de lésions articulaires avec 54,41% des cas.

REPARTITION EN FONCTION DU SEXE :

TABLEAU V

<b>SEXE</b>	<b>NOMBRE DE CAS</b>	<b>POURCENTAGE%</b>
<b>MASCULIN</b>	<b>65</b>	<b>95,59%</b>
<b>FEMININ</b>	<b>3</b>	<b>4,41%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>68</b>	<b>100%</b>

Le sexe masculin a été le plus touché avec 95,59%.

REPARTITION EN FONCTION DES EXAMENS  
COMPLEMENTAIRES  
TABLEAU VI

<b>EXAMENS COMPLEMENTAIRES</b>	<b>NOMBRE DE CAS</b>	<b>POURCENTAGE %</b>
OUI	5	7,35%
<b>NON</b>	<b>63</b>	<b>92,65%</b>
TOTAL	68	100%

Les sujets n'ayant pas fait des examens complémentaires ont été les plus fréquents avec 92,65%.

REPARTITION EN FONCTION SIEGE

TABLERAU VII

<b>SIEGE</b>	<b>NOMBRE DE CAS</b>	<b>POURCENTAGE %</b>
EPAULE	21	30,88%
COUDE	8	11,76%
POIGNET	4	5,88%
HANCHE	2	2,94%
<b>GENOU</b>	<b>23</b>	<b>33,82%</b>
CHEVILLE	6	8,82%
ORTEILLE	1	1,47%
RACHIS	3	4,41%
TOTAL	68	100%

Les lésions du genou ont été les plus fréquentes avec 33, 88 %.

REPARTITION EN FONCTION DU POIDS

TABLEAU VIII

<b>POIDS en kg</b>	<b>NOMBRE DE CAS</b>	<b>POURCENTAGE %</b>
[50-60[	1	1,47%
[60-70[	9	13,24%
<b>[70-80[</b>	<b>37</b>	<b>54,41%</b>
[80-90[	12	17,65%
[90-100[	9	13,24%
TOTAL	68	100%

Les sujets de poids compris entre 70-80 kg étaient les plus touchés soit 54,41% des cas.

REPARTITION EN FONCTION DE L'ÂGE  
TABLEAU IX

<b>ÂGES</b>	<b>TENNIS-MEN</b>	<b>POURCENTAGE %</b>
[15-25[	23	33,82%
[25-35[	0	0%
[35-45[	21	30,88%
<b>[45-55[</b>	<b>24</b>	<b>35,30%</b>
TOTAL	68	100%

Les sujets de la tranche d'âge 45-55 ans, c'est à dire les sportifs de loisir ont été les plus touchés avec 35,30 %.

### **TRAITEMENTS :**

Les traitements donnés aux patients sont ceux proposés au cours de notre étude lors des entraînements et compétitions.

#### **Le lieu du traitement :**

Tous nos cas de lésions articulaires ont été traités sur les terrains d'entraînement et de compétitions. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'il n'y a pas d'infirmier, ni d'unité de soins pour leur prise en charge. Les patients ont été suivis dans leurs clubs respectifs pendant toute la durée de l'étude.

#### **Méthodes de traitements :**

Le traitement médical a été la seule méthode utilisée.

#### **Moyens de traitements :**

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens ont été utilisés dans tous les cas inflammatoires, dont le diclofénac qui a été la molécule utilisée.

Les antalgiques ont été utilisés dans tous les cas. Le paracétamol a été la molécule utilisée.

Le bandage articulaire et la genouillère élastique ont été utilisés chez certains patients souffrant d'entorse.

Le Chondroïtine sulfate sodique (STRUCTUM) a été utilisé dans le traitement des cas d'arthroses.

Le repos a été ordonné aux patients dont la mobilisation de l'articulation concernée était très douloureuse.

#### **Complications :**

Les récurrences étaient les seules complications rencontrées. Ceci pourrait s'expliquer par une absence de suivi des joueurs en dehors des compétitions.

# COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Notre étude aurait eu encore plus de valeurs si nos patients avaient pu bénéficier d'échographie et de radiographie de façon immédiate, de même que si la prise en charge avait été faite en collaboration avec les structures spécialisées.

#### LA TAILLE :

Les sujets dont la taille se situe entre 180-190 cm ont été les plus touchés avec 44,12%.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que le tennis est pratiqué par les sujets de grande taille.

#### L'ANCIENNETE DANS LA PRATIQUE :

Les lésions ont été constatées à tous les niveaux d'âge, mais la tranche d'âge 20-30 ans dans la pratique du tennis à été la plus touchée avec 57, 35%.

Ceci pourrait s'expliquer par l'usage excessive des articulations pendant une longue durée, donc un affaiblissement des différents éléments articulaires donc le moindre choc sera aperçu au plus vite.

Dans la littérature nous n'avons pas trouvé d'étude comparative.

#### DIAGNOSTIQUE

Les tendinites ont été les plus fréquentes avec 30,88%. Les tendinites étaient accentuées surtout au niveau de l'épaule.

Ceci pourrait s'expliquer par la brutalité des gestes, les sollicitations mécaniques répétées et excessives exercées par les tendons lors des matchs et ou des compétitions.

Une étude faite à Roland Garros en 1998 par Noël et Leroux [9 ; 10] sur 150 joueurs, ont trouvé respectivement 90% et 80% des lésions sur la coiffe des rotateurs de l'épaule.

#### LE CLUB :

Les lésions articulaires chez les pratiquants de tennis ont été les plus prédominantes au tennis-club de Bamako-coura soit 54,41%.

Ceci pourrait s'expliquer par une affluence nette des joueurs dans ce club, un manque d'expérience dans les techniques de jeu pour les joueurs qui sont majoritairement jeunes.

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature des études comparatives.

#### SEXE :

Le sexe masculin a été le plus touché avec 95,59% des cas.

Ceci pourrait s'expliquer par la rareté des femmes sur nos terrains de sport. Une étude faite par (P. le Goux ? J. Parier...) [8]. Sur la coiffe des rotateurs durant le championnat de France en 1998 a donné une prédominance nette des hommes présentant des lésions articulaires soit 56,67% des cas.

#### LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

Les patients n'ayant pas fait d'examens complémentaires sont majoritaires avec 92,65%.

Ceci s'explique par le non suivi des tennis men sur le plan médical, le bas niveau de la médecine de sport dans notre pays.

Dans la littérature nous n'avons pas trouvé d'étude comparative.

#### LE SIEGE :

Presque toutes les articulations ont été atteintes mais celle du genou a été la plus dominante avec 33,82%. D'une manière plus explicite dans notre étude : l'épicondylite qui est bien une lésion du coude, les entorses étaient surtout fréquentes au niveau du poignet et de la cheville alors que le genou était dominé par les arthrites et les arthroses.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que c'est une articulation qui supporte le corps et très solliciter dans les mouvements des jeux de jambe dans la pratique de ce sport qui est le tennis.

Une étude faite par Danielle ARSENAULT au tennis club de MILIZAC en France [7] a trouvé une prédominance des lésions du coude avec 35% alors que ceux du genou ne faisaient que 11% des cas.

POIDS :

Les sujets qui ont leur poids compris entre 70-80 kg ont été les plus touchés avec 54,41%.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que leur poids se situe environ vers la moyenne des cas de cette étude, et donc l'indice de masse corporelle vers la normale. Ces sujets sont donc plus actifs dans les mouvements au cours des matchs. Ils seront les plus exposés aux différents traumatismes articulaires, responsables de diverses lésions articulaires.

L'ÂGE :

La tranche d'âge 45-55 ans a été la plus touchée avec 35,30%.

A cet âge les joueurs ont durés dans la pratique du tennis. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que c'est le sport dont la pratique profite mieux aux personnes du second âge, car ça demande moins de vivacité que d'autres disciplines sportives tel que le football.

Une étude faite par (P. Le Goux ? J. Parier....) [8] à Roland Garros 1998 chez 85 Hommes d'âge moyen 57ans et 65 femmes d'âge moyen 52ans ont montré 82% de cas pour les hommes et 91% de cas pour les femmes.

Notre étude sur les lésions articulaires chez les pratiquants de tennis s'est déroulée à BAMAKO au sein des deux clubs : le tennis-club de Bamako coura et le tennis-club du stade omnisport.

Les clubs nous ont semblé être le cadre approprié pour mener cette étude parce que, là on accède plus facilement aux tennis men.

Les lésions articulaires ont été plus fréquentes au Tennis Club de Bamako coura avec 54,41%.

Le sexe masculin a été le plus touché avec 95,59%.

La tranche d'âge 45-55 ans a été la plus touchée avec 35,30%.

Les lésions articulaires ont été fréquents dans la tranche de poids comprise 70-80 kg avec 54,41%.

Les sujets les plus grands de taille c'est-à-dire ceux mesurant de 180-190 cm ont été les plus touchés soit 44,12% des cas.

Les lésions articulaires ont été constatées à tous les âges de durée de pratique de tennis, mais dominant dans la tranche d'âge 20-30 ans de tennis soit 57,35% des cas.

Par rapport aux sièges des lésions articulaires chez ses tennis mens, le genou a été le plus touché soit 33,82% des cas.

Les tendinites ont été les plus fréquentes avec 30,88%.

Les sujets n'ayant pas fait d'examen complémentaires ont été les plus représentés soit 92,65% des cas.

Le traitement médical a été utilisé dans 100% des cas.

La médication était basée sur des anti-inflammatoires, des antalgiques en comprimés ou en pommades, de bandages articulaires, de genouillère élastique et d'anti-arthrosique.

Ce travail est une étude prospective sur 18 mois : de janvier 2006 à juin 2007, période suffisante pour mener une bonne étude si les conditions y sont favorables.

Le manque d'infrastructures et d'équipement de santé, l'absence de suivi des patients dans nos clubs fait qu'une étude prospective était la mieux indiquée pour ce type d'étude. Soixante-huit cas de lésions articulaires ont été recensés pendant cette période sus citée. Ces patients ont été suivis jusqu'à la fin de l'étude.

Au cours de notre étude, nous avons rencontré des difficultés de prise en charge, quelques cas de claquage du mollet ont été observés au cours de notre étude qui peut être l'objet d'études ultérieures !

# CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

## VII- CONCLUSION :

Notre étude sur les lésions articulaires chez les pratiquants de tennis a été réalisée au sein de deux clubs de tennis à Bamako qui sont le Tennis Club de Bamako et le Tennis Club du stade Omnisport.

C'était une étude prospective à plusieurs passages de janvier 2006 à juin 2007.

- ◆ Les lésions ont été multiples et diverses au cours de notre étude, mais les plus fréquentes étaient celle de l'épaule et du genou.
- ◆ Les lésions articulaires au tennis club de Bamako coura ont été les plus fréquentes avec 54,41%.
- ◆ Le sexe masculin a été le plus touché soit 95,59% des cas.
- ◆ Le membre supérieur a été le plus touché dans son ensemble avec 48,52%, mais par rapport aux articulations, le genou a été le plus touché avec 33,82% des cas.
- ◆ Les tendinites ont été le diagnostic le plus fréquent avec 33,82%.
- ◆ Les sujets n'ayant pas fait d'examens complémentaires ont été les plus nombreux avec 92,65% des cas.
- ◆ Le traitement médical a été utilisé dans 100% des cas.
- ◆ La médication était basée sur des anti-inflammatoires non stéroïdiens et des antalgiques en comprimés et ou en pommades, des anti-arthrosiques, de bandages articulaires, de genouillères élastiques et de repos.

Ce travail sur les lésions articulaires chez les pratiquants de tennis, nous a permis de déceler le manque de prise en charge adéquate des sportifs en milieu du tennis, de même qu'un manque de littérature pour ce type d'étude.

VIII- RECOMMANDATIONS :

Au terme de cette étude des recommandations sont proposées et s'adressent :

**Au ministère de la santé**

- Assurer la formation initiale et continue de spécialistes en traumatologie, et en traumatologie du sport.
- Créer un centre médico-sportif hospitalier.
- Favoriser la formation de spécialistes en médecine de sport.

**Au ministère de la jeunesse et du sport**

- Rendre obligatoire la prise en charge de la santé des sportifs par leurs clubs,
- Rendre obligatoire un suivi médical des sportifs pendant les tournois et compétitions quelqu'en soit le lieux ou le niveau.
- Favoriser la formation initiale et continue et le recyclage des encadreur sportifs.
- Rendre obligatoire le contrôle médico-sportif et une surveillance des sportifs de haut niveau faite par des spécialistes.

**Aux sportifs**

- Mener une vie sportive saine avec un emploi du temps rigoureux.
- Avoir toujours un temps de réchauffement avant le début de tout activité physique intense.
- Respecter les consignes données par les agents médicales.

**Aux entraîneurs**

- De donner le maximum d'informations sur les techniques de jeux.
- D'avoir toujours une adaptation du matériel de jeux par rapport aux joueurs et des chaussures par rapport au type de sol.
- De respecter les consignes de l'agent médical.

***Aux dirigeants des clubs***

- Créer une infirmerie pour les sportifs,
- Eduquer et informer régulièrement les sportifs.
- Une surveillance des sportifs, créer des internats s'il le faut.
- Inculquer aux sportifs le fair-play.

**REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUE**

**[1]\_ DOCTEUR JASON,**

Service santé et Environnement de la province de liège Médecine du sport  
+32(0)43447910.  
<http://www.plgsports.be>

**[2]\_ MICHEL LACOMBE**

Précis d'anatomie et physiologie humaines. Tome 1 ; 28ème édition ;  
LAMARRE

**[3]\_ MEDECINE DU TENNIS**

J.- P. COUSTEAU ; collab. de E.Brunet-Guedj, Y. Demarais, J. Genety,  
M .Lauvinerie, J. P. Loth, R. Maigne, Ph. Most, A. Narakas, J. Parier, D.  
Poux et P. Talbot. Paris ;, New York ; Milan ; Mexico : ed. Masson, 1982.

**[4]\_ [http://www. Planète-ortho.com](http://www.Planète-ortho.com)**

**[5]\_ HUGUES MONOD ; ROLAND FLANDROIS**

**Physiologie du sport (Bases physiologiques des activités physiques et  
sportives.)** 5ème édition Masson

**[6]\_ RODINEAU J., DUREY A.**

Le traitement médical des lésions musculaires. 4ème journée national de la  
médecine de rééducation. JAMA 1990 (suppl.) :20-2.

**[7]\_ DANIELLE ARSENAULT**

[htt:// www.tcmilizac.fr](http://www.tcmilizac.fr)

**[8]-BRASSEUR J.L., Gires A., Montalvan B. et al.** La coiffe du Tennisman vétéran.  
Article à paraître.

**[9]-Noël E.** Etude critique des tests cliniques dans la pathologie de la coiffe des rotateurs. *Synoviale*, fév. 1998, N°68.

**[10]-Leroux J.L., Thomas E., Bonnel F., Blotman F.** Valeur diagnostique des tests cliniques utilisés dans le syndrome du défilé sous-acromial.

**Fiche signalétique**

**Nom** : DOUMBIA

**Prénom** : Badra Ali

**Titre de la thèse** : Lésions articulaires chez pratiquants de tennis dans le district de Bamako.

**Année universitaire** : 2006-2007

**Ville de soutenance** : Bamako

**Pays d'origine** : Mali

**Lieu de dépôt** : Bibliothèque de la F .M.P.O.S

**Secteur d'intérêt** : Articulation, traumatologie et sport.

**Résumé** : Nous avons rapporté les résultats d'une étude de 68 cas de lésions articulaires chez les pratiquants de tennis dans le district de Bamako pour une période de 18 mois.

- ◆ Les lésions ont été multiples et diverses au cours de notre étude, mais les plus fréquentes étaient celle de l'épaule et du genou.
- ◆ Les lésions articulaires au tennis club de Bamako-coura ont été les plus fréquentes avec 54,41%.
- ◆ Le sexe masculin a été le plus touché soit 95,59% des cas.
- ◆ Le membre supérieur a été le plus touché dans son ensemble avec 48,52%, mais par rapport aux articulations, le genou a été le plus touché avec 33,82% des cas.
- ◆ Les tendinites ont été le diagnostic le plus fréquent avec 33,82%.
- ◆ Les sujets n'ayant pas fait d'examen complémentaires ont été les plus nombreux avec 92,65% des cas.
- ◆ Le traitement médical a été utilisé dans 100% des cas.
- ◆ La médication était basée sur des anti-inflammatoires non stéroïdiens et des antalgiques en comprimés et ou en pommades, des anti-arthrosiques, de bandages articulaires, de genouillères élastiques et de repos.

*Ce travail sur les lésions articulaires chez les pratiquants de tennis, nous a permis de déceler le manque de prise en charge adéquate des sportifs en milieux du tennis, de même qu'un manque de littérature pour ce type d'étude.*

**Mots clés : Lésions, articulations et tennis.**

## **FICHE D'ENQUETE MEDICO-SPORT**

### **1-) RENSEIGNEMENTS GENERAUX**

- (Q 01) Fiche numéro: /\_\_\_/
- (Q 02) Club où à lieu l'entraînement :.....
- (Q 03) sexe : masculin /\_\_\_/ féminin /\_\_\_/
- (Q 04) Age: /\_\_\_/ ans
- (Q 05) Nationalité : Malienne /\_\_\_/ Autre :.....
- (Q 06) Poids: /\_\_\_/ kg
- (Q 07) Taille : /\_\_\_/ mètres
- (Q 08) Profession :.....ou néant /\_\_\_/
- (Q 09) Situation matrimoniale : célibataire /\_\_\_/ marié(e) /\_\_\_/
- (Q 10) Niveau d'instruction :-Néant /\_\_\_/ -primaire /\_\_\_/ -Secondaire /\_\_\_/ -Supérieur /\_\_\_/
- (Q 11) Autres sports pratiqués : oui /\_\_\_/ non /\_\_\_/
- (Q 12) Nombres d'année dans la pratique du tennis : /\_\_\_/ ans
- (Q 13) Année de début de sport de compétitions : /\_\_\_/
- (Q 14) Nombre d'année de compétition : /\_\_\_/ ans

### **2-) Habitudes de consommation d'excitants :**

- (Q 15) Alcool : oui /\_\_\_/ non /\_\_\_/
- (Q 16) Café : oui /\_\_\_/ non /\_\_\_/
- (Q 17) Cola : oui /\_\_\_/ non /\_\_\_/
- (Q 18) Tabac : oui /\_\_\_/ non /\_\_\_/
- (Q 19) Thé : oui /\_\_\_/ non /\_\_\_/

### **3-) Antécédents médicales personnels :**

- (Q 20) Diabétique : oui /\_\_\_/ non /\_\_\_/ ne sait pas /\_\_\_/
- (Q 21) Hypertendue : oui /\_\_\_/ non /\_\_\_/ ne sait pas /\_\_\_/
- (Q 22) Cardiopathie : oui /\_\_\_/ non /\_\_\_/ ne sait pas /\_\_\_/

(Q 23) Athsme : oui/\_\_\_/ non /\_\_\_/ ne sait pas /\_\_\_/

(Q24) Autres :.....

**4-) Antécédents de traumatismes anciens au cours du tennis :**

Au niveau de :

(Q 25) Tête : oui /\_\_\_/ non /\_\_\_/ nombres /\_\_\_/ type si oui :.....

(Q 26) Thorax : oui /\_\_\_/ non /\_\_\_/ nombres /\_\_\_/ type si oui :.....

(Q 27) Membres supérieurs :

1-Epaule : oui /\_\_\_/ non /\_\_\_/ nombres /\_\_\_/ type si oui :.....

2-Bras : oui /\_\_\_/ non /\_\_\_/ nombres /\_\_\_/ type si oui :.....

3-Coude : oui /\_\_\_/ non /\_\_\_/ nombres /\_\_\_/ type si oui :.....

4-Avant-bras : oui /\_\_\_/ non /\_\_\_/ nombres /\_\_\_/ type si oui :.....

5-poignet : oui /\_\_\_/ non /\_\_\_/ nombres /\_\_\_/ type si oui :.....

6-Main : oui /\_\_\_/ non /\_\_\_/ nombres /\_\_\_/ type si oui :.....

(Q 28) Membres inférieurs :

1-Hanche : oui /\_\_\_/ non /\_\_\_/ nombres /\_\_\_/ type si oui :.....

2-Cuisse : oui /\_\_\_/ non /\_\_\_/ nombres /\_\_\_/ type si oui : .....

3-Genou : oui /\_\_\_/ non /\_\_\_/ nombres/\_\_\_/ type si oui :.....

4-Jambe : oui /\_\_\_/ non /\_\_\_/ nombres/\_\_\_/ type si oui :.....

5-Cheville : oui /\_\_\_/ non /\_\_\_/ nombres/\_\_\_/ type si oui :.....

6-Orteil : oui /\_\_\_/ non /\_\_\_/ nombres /\_\_\_/ type si oui :..... (Q 29)

Le rachis : oui /\_\_\_/ non /\_\_\_/ type si oui :.....

**5-) Examens complémentaires réalisés :**

(Q 30) Radiographie : oui /\_\_\_/ non /\_\_\_/

(Q 31) Echographie : oui /\_\_\_/ non /\_\_\_/

(Q 32) autres :.....

**6-) Antécédents chirurgicales :**

(Q 33) oui /\_\_\_/non /\_\_\_/ type si oui :.....

**7-) Motivations**

(Q34) plaisir : oui /\_\_\_/ non /\_\_\_/

(Q 35) professionnalisme : oui /\_\_\_/ non /\_\_\_/

(Q 36) célébrité : oui /\_\_\_/ non /\_\_\_/

(Q 37) revenus monétaires : oui /\_\_\_/non/\_\_\_/

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

*En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.*

*Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religions, de nation, de race, de parti ou de classes sociales viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

*Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*