



Information sur la commotion cérébrale lors de la pratique du Rugby



COMITE MEDICAL

Part.1

DÉFINITION ET PHYSIOPATHOLOGIE

Définition

- Dysfonctionnement cérébral soudain et cliniquement transitoire, secondaire à l'application de force d'inertie directe ou indirecte à la tête.
- C'est un traumatisme crânien léger

Physiopathologie

- Altération momentanée de la physiologie cellulaire cérébrale qui se traduit par:
 1. Modification de l'activité électrique cérébrale (EEG, potentiels évoqués)
 2. Modifications du contrôle cardiovasculaire (fréquence cardiaque, autorégulation du débit sanguin cérébral)
 3. Modifications biologiques (diminution de l'énergie et du fonctionnement cellulaire)

Physiopathologie

Si la commotion est répétée, ces modifications s'amplifient:

5 jours après : modifications identiques

3 jours après: modifications doublées

fenêtre temporelle de vulnérabilité cérébrale
au cours de laquelle les effets délétères sont cumulatifs

Physiopathologie

- ATTENTION:
 - **Age**: en dessous de 20 ans, les dysfonctionnements du cerveau semblent plus importants avec une période de récupération plus longue
 - **Homme/femme**: les femmes présentent dans tous les sports environ deux fois plus de commotions cérébrales que les hommes

Physiopathologie

- Le cerveau garde « la trace » à long terme de l'évènement

Attention à la
répétition des commotions

Epidémiologie de la commotion en TOP 14

L'incidence en 2013 de la commotion cérébrale en
match est de

6 / 1000 joueur-heure

(Si 1000 joueurs jouent pendant une heure, 6 d'entre eux
vont présenter une commotion cérébrale)

En moyenne 2 commotions cérébrales par journée de
championnat du TOP14



COMITE MEDICAL

Part. 2

DIAGNOSTIC

Diagnostic

- La commotion cérébrale est un diagnostic médical reposant principalement sur les symptômes rapportés par le joueur

1. Perte de connaissance

Moins de 15% des cas!

C'est le K.O.

On est autorisé à parler de perte de connaissance que lorsque la personne arrivée au chevet du blessé constate que:

- 1. le joueur a les yeux fermés**
- 2. et il ne parle pas**
- 3. et il ne répond à aucun ordre** (comme serrer la main)

Dans tous les autres cas, on ne peut parler que de
suspicion de perte de connaissance

2. crises toniques posturales et convulsions

- Crise tonique posturale:
A la suite du choc, on peut observer une élévation anormale d'un ou des deux bras qui signe la commotion cérébrale
- Les convulsions sont rares



3. Troubles de l'équilibre

- Le joueur peut avoir du mal à se relever, il peut s'y reprendre à plusieurs fois
- Dans les instants qui suivent la choc, il peut tituber, vaciller, avoir une démarche peu assurée.

4. Le joueur est « sonné »

- Le regard est vague, ne parvient pas à se fixer sur son interlocuteur
- Le regard erre, le joueur regarde un peu partout sans se fixer, il est à la recherche de repères pour s'orienter, se souvenir.

5. Autres signes

Le joueur peut :

- **Être obnubilé:** il répète la même chose (par exemple demande sans arrêt le score).
- Avoir mal à la tête, avoir des nausées
- Être confus: ses propos ne sont pas adaptés
- Avoir un comportement inapproprié: il est mal placé, il ne sait plus ce qu'il doit faire
- Avoir une vue est trouble, il est «dans le brouillard»
- Ne pas se souvenir du choc, avoir le sentiment de retrouver ses esprits de façon décalée

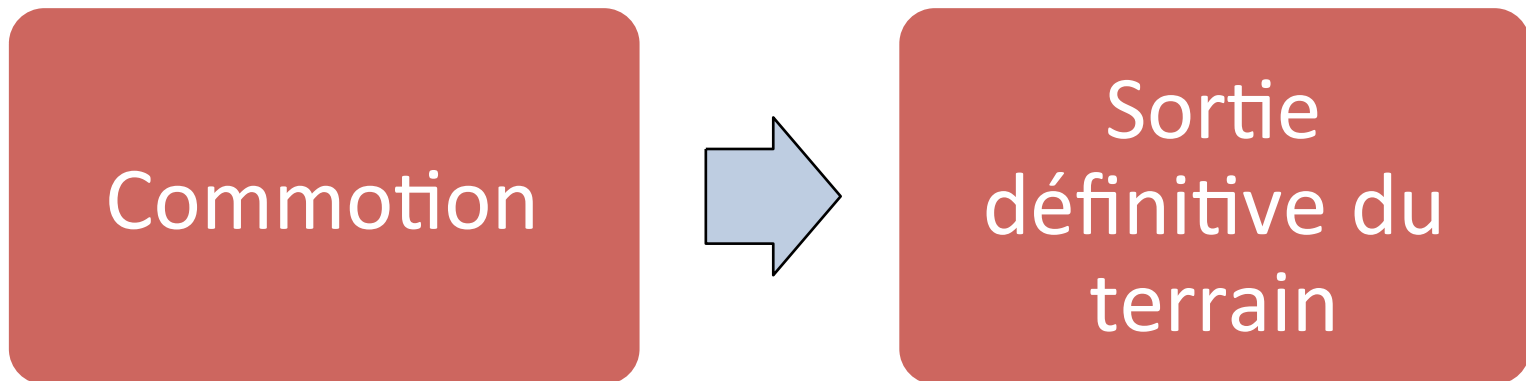
Le moment du diagnostic

- En cours de match ou d'entraînement
- À la mi-temps ou après le match

Il est très important de signaler **immédiatement** à l'entourage:

1. qu'on ne se sent pas bien
2. qu'un joueur avec qui l'on joue a un comportement inhabituel.

- Appliquer une seule et unique consigne



ATTENTION

- Toute suspicion de commotion cérébrale doit faire suspecter un **traumatisme cervical associé**
- Si le joueur est inconscient, **immobiliser immédiatement dans l'axe le rachis cervical** en se plaçant à la tête, après s'être assuré qu'il ne s'agit pas d'un arrêt cardio-respiratoire (retirer ensuite son protège dent)
- Le retournement du joueur en position latérale de sécurité est à ce stade inutile et dangereux pour la moelle épinière en cas de traumatisme cervical avéré

Trois règles simples

Devant un joueur sans conscience:

1. Respiration?
2. Circulation?
3. Immobilisation cervicale

Pas de PLS!

Pourquoi faire le diagnostic est important?

- Éviter les risques immédiats
 - 1. Diminution de la performance**
 - 2. Augmentation du risque de nouvelles blessures**
 - 3. Le syndrome du deuxième impact**

(trouble neurologique grave survenant chez les sujets jeunes (moins de 20 ans) après la survenue d'un nouveau traumatisme crânien (souvent minime) alors que le joueur est toujours symptomatique, pouvant conduire au décès ou aux séquelles neurologiques sévères)

Pourquoi faire le diagnostic est important?

- Prévenir de potentielles conséquences tardives liées à la répétition des commotions
 - 1. Syndrome post-commotionnel**

Prolongation sur plusieurs mois des symptômes de la commotion cérébrale
 - 2. Le spectre de l'encéphalopathie chronique post-traumatique...**

Maladie neurodégénérative décrite chez des sujets ayant présentés des commotions cérébrales répétées

Les 5 principes de la prise en charge

1. Soustraire immédiatement et pour un minimum de 48h le joueur de toute activité comportant le risque de survenue d'une nouvelle commotion cérébrale
2. Repos tant que le joueur est encore symptomatique
3. Après 48h, reprise progressive de l'activité sportive envisageable dès que le joueur ne se plaint plus de rien, par paliers d'au minimum 24h chacun, au terme de chacun desquels le joueur ne doit ressentir aucune récurrence de symptômes

Les 5 principes de la prise en charge

4. Les joueurs de **moins de 20 ans** ne doivent pas être à nouveau exposés au risque de survenue d'une nouvelle commotion cérébrale avant un **minimum de 3 semaines**
5. La survenue d'une deuxième commotion dans un délai de 12 mois demande un avis spécialisé avant la reprise

Les 5 paliers du protocole de retour au jeu

ETAPES	EXERCICES	OBJECTIFS	
1	Repos, aumimum48haprès la commotion	Limitationmaximaledesactivitésintellectuellesetphysiques.Pas d'activitéprolongéesurécran(jeuvidéo,films,...)	Disparitiondessymptômes
Nepasseràl'étapesuivantequesiasymptomatique			
2	Repriseprogressivedel'activité physique(exercicesenaérobie pendant24h)	Marche,natationouexercicedepédalageàintensitéconstante,en restantinférieurà70%delafréquencecardiaquemaximaleattendue. Exercicesous-maximaldetyperécupération	Vérificationdelanonreprisesdes symptômesàl'augmentationde la fréquencecardiaque
Nepasseràl'étapesuivantequesiasymptomatique			
3	Reprisedel'entraînementsportif pendant24h	Courseetautresactivitésansrisqued'impactcrânien,avecunniveau d'intensitéplusimportant.	Vérificationdelanonreprisesdes symptômesàlaréintroductionde l'entraînement
Nepasseràl'étapesuivantequesiasymptomatique			
4	Reprisedel'entraînementtechnique durugbysanscontact,pendant24h	Entraînementtechniquespécifiquerugby(passes,...)sansimpact.	Vérification de la non reprise des Symptômes lors des exercices techniques ajoutantcoordinationettachescognitives (attention,anticipation,...)
Nepasseràl'étapesuivantequesiasymptomatiqueetaprèsavisduréfèrentcommotion			
5	Reprisedel'entraînementhabituel,y comprisaveccontactpendant24h	Entraînementhabituel	Réassuranceedujoueuretvérificationdu retourdetoutessescapacités
Nepasseràl'étapesuivantequesiasymptomatique			
6	Retouràlacompétition	compétition	normalisation



Part 5

LA PRISE EN CHARGE POUR LE RUGBY FEDERAL

Rugby fédéral

- Comment sortir un joueur et faire un diagnostic sans médecin présent?

Rugby fédéral

- Proposition d'extension de la procédure expérimentale dans le secteur Fédéral pour la saison 2013-2014
- Poursuite de la procédure appliquée dans le Comité du Centre

- **LÉSION GRAVE ÉVIDENTE :**

Application de l'article 3/9 du Règlement par l'arbitre (*pouvoir de l'arbitre d'empêcher un joueur blessé de continuer de jouer*).

- Règle n°3.9:

Si l'arbitre décide – avec ou sans l'avis d'un médecin ou d'une autre personne ayant les compétences médicales nécessaires – que la blessure d'un joueur est suffisamment grave pour l'empêcher de jouer, il peut ordonner que le joueur quitte l'aire de jeu. L'arbitre peut également ordonner qu'un joueur blessé quitte le terrain pour subir un examen médical

Suspicion de Commotion cérébrale (en l'absence de médecin)

1. Le signalement par les Officiels de Match :

(arbitre, juge de touche officiel, directeur de match, délégué sportif, préalablement formés par la Commission Médicale Territoriale)

- L'arbitre suspectant une Commotion **INFORME** l'entraîneur de l'équipe concernée
- A défaut, tout autre officiel peut **alerter** l'arbitre pour un joueur suspect

L'arbitre doit alors :

- Soit faire application de l'article 3/9 si commotion évidente,
- Soit informer l'entraîneur de l'équipe concernée si commotion suspectée

Diagnostic et sortie du terrain

- 2. L'entraîneur prend seul la décision de sortir (ou non) son joueur de manière définitive)**

- 3. A l'issue de la rencontre, l'arbitre mentionne :**
 - L'incident sur la feuille de match (dans le rapport complémentaire ou dans l'espace réservé à cet effet la saison prochaine) ,
 - La décision prise par l'entraîneur

Rugby fédéral

Diagnostic et sortie du terrain

Diagnostic et sortie du terrain

- 4. Cette mention est portée à la connaissance de la Commission Médicale pour :**
- Examen et suivi du dossier (idem qu'en cas de carton rouge commission discipline territoriale)

Travail préalable d'information

AFFICHE Commotion Cérébrale :

- Diffusée à tous les dirigeants et entraîneurs par Rugby Mag de décembre 2012,
- Collée dans chaque vestiaire, lieu d'entraînement, local administratif, club house, etc...

REUNION de FORMATION dans CHAQUE COMITE:

- (arbitres, directeurs de match, délégués sportifs)

Rugby fédéral

Diagnostic et sortie du terrain

Travail préalable d'information

FORMATION ENTRAINEURS:

- Complément formation PSC1,
- Journée stage national des référents sécurité.
- Journée sécurité dans les comités départementaux.

SITE FFR:

- vie fédérale/comité médical.

Prise en charge après la sortie du terrain

Rappel : seul un médecin peut faire le diagnostic

MEDECIN PRESENT : (licencié Med **ET** Titulaire de la formation

Fédérale sur la commotion cérébrale) : **avis et suivi du**

protocole constant

PAS DE MEDECIN TEL QUE DEFINI CI-DESSUS :

nécessité d'un avis médical dans les 3 heures (service d'urgence, médecin de garde, médecin licencié MED ou formé, etc...)

NE PAS LAISSER LE JOUEUR SEUL (commotion ou suspect de commotion)

FICHE DE SUSPICION COMMOTION CEREBRALE (présentation) :

- Cette fiche, validée par le Comité Médical et la Direction Technique de l'Arbitrage, doit être utilisée par les arbitres en cas de suspicion de commotion cérébrale et renvoyée dans les plus meilleurs délais après le match au Président de la Commission Médicale Territoriale concernée (*fiche ci-contre en ligne sur le site de la F.F.R.*)

Date rencontre :/...../..... Terrain :

Nom arbitre : Comité :

Rencontre opposant : ET

JOUEUR NOM.....PRENOM.....

Numéro Licence :

Equipe :

CATEGORIE : Seniors : niveau : Fédéral Territorial

U 19

U 17

(de la 1^{ère} à la 80^{ème} minute) :minute

Incidence de jeu :

- Phase de jeu entrainant une suspicion de commotion cérébrale :
 - plaquage (plaqueur – plaqué)
 - touche
 - mêlée
 - ruck
 - maul
 - jeu courant
 - autres : préciser
- Signalement par :
 - arbitre
 - autre officiel
 - joueur
 - staff technique
- Information arbitrale vers entraîneur :
 - joueur sorti par entraîneur
 - joueur non sorti par entraîneur

FEUILLE A ADRESSER DANS LES PLUS BREFS DELAIS A LA COMMISSION MEDICALE TERRITORIALE CONCERNEE

Conclusion

Commotion cérébrale = sortie définitive

- Penser au rachis cervical
- Un seul traitement: le repos
- La reprise est progressive, par paliers
- 20 ans et moins: 3 semaines sans contact
- Commotions répétées: avis spécialisé

LA COMMOTION CÉRÉBRALE



EN PRATIQUE SPORTIVE

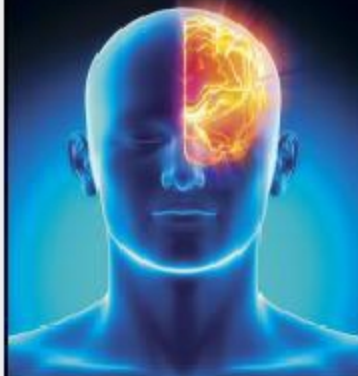


DE QUOI S'AGIT-IL ?



C'est un traumatisme de la tête ou du cou qui altère le fonctionnement du cerveau de façon immédiate et transitoire) 9 fois sur 10, sans perte de connaissance.

MÊME UN TRAUMATISME CRÂNIO-CÉRÉBRAL LÉGER ET BÉNIN N'EST PAS ANODIN !



COMMENT LA RECONNAÎTRE ?



Un ou plusieurs signes peuvent exister de façon immédiate ou retardée :

- Perte de connaissance, convulsions.
- Troubles de l'équilibre, de la vision (étourdissements, vision double).
- Mal de tête, fatigue, confusion, somnolence.
- Troubles de la mémoire, ralentissement des idées.
- Irritabilité, tristesse, impression d'ivresse.
- Hypersensibilité au bruit, à la lumière.
- Troubles du sommeil.
- Diminution de la performance.

CES SYMPTÔMES IMMÉDIATS OU DIFFÉRÉS PEUVENT S'AGGRAVER EN CAS D'EXERCICES

POURQUOI EN PARLER ?



LE CERVEAU EST UN ORGANE ESSENTIEL QUI COMMANDE NOTRE CORPS

Une pratique sportive avec des symptômes persistants expose à trois dangers :

- Une nouvelle commotion.
- Une prolongation des symptômes.
- Un dommage DÉFINITIF provoqué par la répétition des commotions.

TOUT SPORTIF VICTIME D'UNE COMMOTION CÉRÉBRALE DOIT CONSULTER SON MÉDECIN AVANT TOUTE REPRISE D'ACTIVITÉ QUI DOIT ÊTRE PROGRESSIVE ET GRADUELLE

LES 3 RÈGLES D'OR

- 1 - ARRÊTER IMMÉDIATEMENT LA COMPÉTITION OU L'ENTRAÎNEMENT
- 2 - NE PAS CACHER L'INCIDENT : AVERTIR ARBITRE, MÉDECIN, EDUCATEUR, ENTOURAGE
- 3 - CONSULTER ET OBSERVER LE REPOS PRESCRIT

Les commotions répétées peuvent changer votre vie pour toujours : dépressions, troubles de la mémoire et des fonctions intellectuelles, difficultés de communication.



Informers les joueurs!