



Pour se prémunir au maximum des commotions cérébrales le port du casque est fortement recommandé.

Gare à la chute !

Faut-il adopter un protocole commotion cérébrale spécifique à notre pratique ? Les sports de combat tels la boxe ou, encore plus violent, le MMA (arts martiaux mixtes) nécessitent une vigilance toute particulière quant aux coups portés à la tête, et leurs retentissements potentiels. Mais ailleurs ?

Le rugby, sport de contact emblématique, présente de toute évidence un risque tant par l'intensité de certaines percussions avec parfois des gestes non intentionnels le plus souvent mais très dangereux. La répétitivité de ces contacts menace encore plus l'état de santé des sportifs. Même pour le football, les reprises de la tête sont considérées comme dangereuses, la vitesse d'un ballon bien dur créant un tel impact sur le crâne avec une résonance cérébrale indiscutable. On conçoit, que dans tous ces sports, un protocole de surveillance dit de « commotion cérébrale » soit établi et appliqué depuis plusieurs années. Celui-ci est d'autant plus aisé à codifier que ces différentes activités se déroulent en cercle clos, sur un ring ou dans un stade. Chaque action peut être analysée à la vue de tous, et donc interprétée le plus précisément possible. Un personnel médico-sportif présent apporte encore plus de pertinence et

d'efficacité à la décision prise dans les suites d'une action considérée comme dangereuse.

Que dit le ministère des Sports ?

Le ministère des Sports invite chaque section sportive à une réflexion et à mettre en place un protocole adapté à chacune des pratiques. Le cyclotourisme n'est pas à considérer comme une activité de contact, seule la chute, qu'elle soit individuelle ou collective, induite ou pas par un tiers, est la circonstance unique pouvant induire un traumatisme crânien. Cette situation révèle d'emblée plusieurs écueils pour une appréciation correcte des circonstances. L'accident survient inopinément, sans témoins oculaires. Les compagnons de sortie ne sont pas sensibilisés à la prise en charge d'un traumatisé crânien, ni surtout à l'évaluation de son retentissement sur sa cognition. C'est la difficulté majeure pour proposer un protocole adapté.

SOUVENEZ-VOUS DE ROMAIN BARDET

C'était le 13 juillet 2021. Romain Bardet chutait lourdement dans une descente en direction de Morzine au cours du Tour de France. Malgré l'importance de l'évènement et de sa couverture médiatique, la chute ne fut pas télévisée, le médecin ne put se rendre sur place suffisamment rapidement. En conséquence, seul Romain prit la décision de finir la course en dépit de la violence de la chute. Le soir de l'étape, le médecin de son équipe décida, sur la simple appréciation de son état clinique, qu'il devait abandonner. Le scanner passé le soir même au CHU de Clermont-Ferrand ne révélait pourtant pas d'image anormale. D'ailleurs l'IRM passée le lendemain ne fut pas plus contributive dans la décision prise dès la veille, uniquement à la seule appréciation de son état clinique. Il ne reprit l'entraînement que plusieurs semaines plus tard, et la compétition, tout à fait en fin de saison.

Au vu de cet exemple symbolique, comment peut-on proposer un protocole adaptable suffisamment accessible, lors de la survenue d'une chute à vélo qui concerne tout un chacun... sans retransmission télévisuelle ?

Pour nous éclairer, posons-nous les bonnes questions

• Quelle différence entre un traumatisme crânien et ce que l'on nomme commotion cérébrale ?

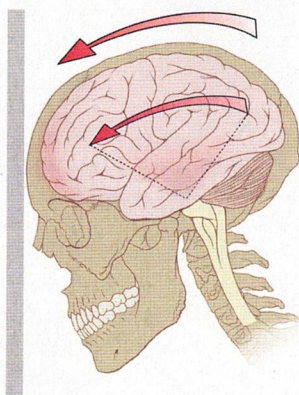
C'est par un raccourci de langage que l'on emploie le terme « traumatisme crânien » car ce ne sont pas les os du crâne qui nous préoccupent, mais son contenu, le cerveau. L'encéphale est un organe mou, dont la fixation élastique, se retrouve par une décélération brutale projeté contre les os fixes de la boîte crânienne, une déformation mécanique s'en suit (étirement, compression, voire rotation). Si un traumatisme crânien se définit par un simple choc du crâne, quelle qu'en soit l'intensité, usuellement, ou par raccourci, on parle de traumatisme crânien lors d'un choc important entraînant des manifestations cliniques immédiatement évidentes. Ce choc aura souvent une conséquence objective, une fracture du crâne, avec ou sans hémorragie intracrânienne associée. Cette situation est d'emblée suffisamment alarmante pour que des soins immédiats s'imposent. Une évacuation rapide vers un milieu hospitalier est alors organisée pour une prise en charge adaptée. C'est pour cela que nous ne développerons pas plus ce cas de force majeure.



Boxe, MMA, rugby, football... l'intensité et la répétitivité des contacts nécessitent un protocole « commotion cérébrale » spécifique. Mais le vélo ?

La commotion cérébrale est un terme plus utilisé par le milieu sportif. Elle se définit comme un traumatisme cérébral léger par le monde médical. Les manifestations cliniques en sont d'autant plus délicates à apprécier. En effet, au décours d'une chute les signes et symptômes n'ont pas une explication unique rendant leur interprétation plus incertaine : le stress, un seuil de douleur abaissé, avec une extériorisation disproportionnée chez une personnalité particulière, des lésions associées, éraflures du visage toujours impressionnantes, autres blessures du corps ou saignement peuvent porter plus à l'attention. Les deux écueils sont la difficulté de reconnaître de petits signes cliniques, d'en apprécier la gravité, et surtout de se laisser convaincre que la sortie cyclo puisse reprendre son cours. Le risque de récidive d'une nouvelle chute précoce peut alors entraîner des séquelles neurocognitives durables à court terme. C'est aussi à plus long terme le risque de la survenue d'une maladie neurodégénérative imprévisible lorsque ces chutes se multiplient au cours des sorties.

> LA COMMOTION CÉRÉBRALE - MÉCANISME



Lors d'un choc au niveau de la tête, les accélérations (forces g) peuvent exercer des forces de rotation dans le cerveau.

• Quels sont les signes principaux évocateurs de la commotion cérébrale ?

Une perte de connaissance brève ne survient en fait que dans 10 % des chutes, elle impose évidemment le repos immédiat et une surveillance du sujet. L'amnésie soit de la chute soit de sa cause, une désorientation même passagère doivent alerter et faire taire les protestations de l'accidenté pour reprendre sa sortie. Un trouble de l'équilibre durable plus de quelques secondes doit interpellé aussi. Les examens complémentaires sont en principe de peu d'apport. La chute prise comme exemple de Romain Bardet le corrobore, bien que réalisés en urgence, tant le scanner que l'IRM étaient non contributifs.

> SIGNAUX D'ALERTE

Symptômes nécessitant une évaluation médicale d'urgence

- Perte ou détérioration de l'état de conscience
- Confusion
- Vomissements répétés
- Convulsions
- Maux de tête qui augmentent
- Somnolence importante
- Difficulté à marcher, à parler, à reconnaître les gens et les lieux
- Vision double
- Agitation importante, pleurs excessifs
- Problème de l'équilibre grave
- Faiblesse, picotements ou engourdissement des bras et des jambes
- Douleur intense au cou

Symptômes fréquents* (ressentis par le participant ou observés par l'entourage)

- Maux de tête
 - Fatigue, troubles du sommeil
 - Nausées
 - Étourdissements, vertiges
 - Sensation d'être au ralenti
 - Problème de concentration ou de mémoire
 - Vision embrouillée
 - Sensibilité à la lumière et aux bruits
 - Émotivité inhabituelle
- * Liste non exhaustive.

• Quelles sont les populations les plus à risque de séquelles prolongées à la suite d'une commotion cérébrale ?

Bien sûr, ce sont les deux extrêmes qui risquent d'être le plus impactés par une souffrance cérébrale. Les enfants tout particulièrement dont le statut neurologique est en pleine maturation. Ils nécessitent une attention toute particulière, le principe de précaution doit être appliqué. Les seniors se remettent toujours plus lentement et douloureusement d'une chute, les troubles vertigineux où de la cognition, une amnésie transitoire, désorientation transitoire sont des manifestations fréquentes, témoignant de la fragilité propre à leur âge.

Attitude à adopter sur les lieux d'un accident

• Appliquer les principes de base pour tout accident sur une voie publique ouverte à la circulation : sécurisation de soi-même et des témoins valides, visualiser l'accident et se remémorer la violence de la chute, premier élément d'évaluation de gravité.

• Le blessé a-t-il tapé le sol avec la tête ou par un contre-coup ?

- Examiner l'état de son casque.

- Blessures éventuelles du visage.

- Le diagnostic de commotion cérébrale est évident, s'il est hébété, les yeux hagards, présente des troubles de l'équilibre.

- Apprécier un éventuel degré de confusion par des questions très simples : que s'est-il passé ? L'amnésie de la chute ou de sa cause est tout à fait significative d'un traumatisme crânien a minima. Autres questions : le trajet prévu, nombre de kilomètres ou simplement l'heure, le jour du mois...

En excluant des lésions associées à traiter, il ne faut pas l'autoriser à reprendre la sortie et exiger le retour accompagné du commotionné.



Le VTT et son terrain de jeu parfois accidenté (pierres, cailloux, trous, bosses...) peut être plus à risque de chutes et de chocs.

Appel à témoins

La mise en place d'un protocole « commotion cérébrale » relève de deux écueils qui lui sont propres :

• une chute sur la voie publique ne se prévoit pas, ce sont donc à des témoins de la scène qu'il incombe d'apprécier la violence de la chute et la responsabilité des premiers soins. Il faut en tirer les conséquences ;

• à qui doit on s'adresser et par quels moyens ? L'évidence est de sensibiliser les premiers témoins de la scène c'est-à-dire les cyclistes accompagnants du groupe. La famille du commotionné



Une chute sur la voie publique ne se prévoit pas, sont donc aux témoins qu'il incombe d'apprécier la violence de la chute et d'effectuer les premiers soins.

LES ACTIONS DE LA FÉDÉRATION

Un protocole simple, accessible à tous et néanmoins pertinent sera proposé. Une première information est d'ailleurs déjà disponible dans les recommandations associées à la prise de licence.

Pourquoi ne pas associer un module consacré à la commotion cérébrale, dans la formation du PSC1 que nous recommandons ?

La commission nationale Santé qui sera nouvellement élue pour cette nouvelle olympiade va s'y atteler, en collaboration avec les professionnels de la communication qui élaboreront des moyens de diffusion de l'information impactant pour tous.

doit aussi être informée au risque d'évolution de la clinique principalement dans les quarante-huit heures post traumatique. Les deux groupes devant bien sûr communiquer entre eux.

Récupération

Les quarante-huit premières heures seront déterminantes. Le repos est la seule méthode pour une récupération rapide. L'alitement n'est pas impératif, mais une activité ralentie, apaisée, sans source de stress est recommandée, les



Examiner l'état du casque est un des gestes à effectuer après un accident.

© Fixabay



QUELQUES RÈGLES DE BASE EN CAS DE COMMOTION CÉRÉBRALE

- Être patient : la durée de récupération est inconnue, il ne faut pas reprendre avant la récupération complète.
- Antalgiques à la demande : la durée doit rester brève, le palier 1 est recommandé (paracétamol).
- Privilégier ce qui fait du bien : rester en-dessous du seuil de l'apparition de symptômes.
- Alimentation équilibrée : une alimentation variée de bonne qualité et peu transformée. Les compléments alimentaires n'ont pas à ce jour démontré un intérêt particulier.
- Choisir à la reprise de l'activité : soit l'intensité, soit la durée, soit la fréquence, mais pas les trois en même temps.
- Savoir se limiter : ne pas sortir de sa zone de confort, comme un cyclo le fait habituellement.
- Éviter les écrans : il faut se méfier de la lumière bleue qui perturbe le sommeil. On observe une récupération plus lente chez les sportifs addicts des écrans.

Le repos, sans source de stress et d'écrans, est la seule méthode de récupération rapide après une commotion cérébrale.

écrans sont à bannir. Surtout s'il s'agit d'un enfant et la nuit impose la présence d'une compagnie. Les symptômes initiaux doivent diminuer. La commotion cérébrale est un traumatisme crânien avec un haut degré d'incertitude. Secondairement, une céphalée, confusion, vision double (diplopie) apparaissent, il faut alors prendre un avis médical. Au repos strict préconisé antérieurement, les experts disent qu'une activité physique modérée peut favoriser la récupération après les quarante-huit premières heures de repos. La reprise du *home-trainer* est envisageable, en restant en zone de confort et bien évidemment très graduellement. Mais tout cela ne s'envisage bien sûr que si le sujet demeure asymptomatique. ■

> D' Patrice Delga, médecin fédéral

Une activité physique modérée peut favoriser la récupération après les quarante-huit premières heures de repos.

Les conseils de Vivons Vélo

Lors d'une sortie vélo ou VTT, nous ne sommes pas à l'abri des chutes, des accidents et des commotions cérébrales. Ces traumatismes peuvent être plus ou moins graves en fonction de l'intensité du choc. Adopter les bons réflexes est essentiel. Nos conseils :

- Portez toujours un casque lors de vos sorties vélo afin de protéger votre boîte crânienne. Rappel : le casque est obligatoire pour les enfants de moins de 12 ans.
- Sur la route ou les chemins, restez vigilants à votre environnement (circulation, cailloux, branches) pour limiter le risque d'accidents.
- En cas de chute et/ou de traumatisme crânien lors d'une sortie vélo appliquez les principes de base de sécurisation de la victime et des témoins, (informations sur l'intensité de la chute, premier constat des lésions et état psychique du blessé, etc.).
- En cas de traumatisme violent notamment au dos, nuque ou crâne, ne déplacez pas la victime et appelez les secours afin qu'ils la prennent en charge rapidement.
- Après une chute même bénigne, restez à l'écoute de votre corps et de vos sensations et consultez un médecin pour un bilan approfondi.
- Ne reprenez pas le vélo trop tôt et laissez-vous un temps suffisant de récupération.

vivons vélo

Rouler n'a jamais fait autant de bien

Retrouvez la communauté Vivons Vélo sur

