

E.D. C.A.S.

Ensemble **D**éfendons le **C**itoyen et l'**A**venir pour la **S**anté



Association Régie par la Loi du 01 Juillet 1901 et par le Décret du 16 Août 1901
Date de la fondation : 26 Novembre 1996

21 Rue Paul Cézanne
41100 NAVEIL

Tél. et Fax. : 02.54.73.91.91

E-mail : edcas.41@wanadoo.fr

Site Médical et Paramédical : www.edcas.org

Une nouvelle année qui devrait être très intéressante de par les sujets médicaux et paramédicaux encore plus vastes et de la refonte totale du site courant 2011 avec des possibilités de recherches via un moteur interne et sur plusieurs langues : voilà ce que nous essayons de mettre en place !

Mais attention cela se fait comme toujours sur le temps disponible et bénévole du Responsable International de la Communication et ayant la gestion du site ! Alors ... laissons le temps au temps !...

Vos témoignages peuvent être diffusés et/ou si vous souhaitez voir développer des sujets spécifiques alors merci de vous faire connaître via notre site ou tout simplement par écrit.

Vous êtes membres du corps de santé et personnes intéressées

par l'entraide médicale et paramédicale et **vous aimeriez que l'association soit le moyen de présenter un thème qui vous tient à cœur alors nous sommes à votre écoute.**

Le Président,
Docteur Pierre BULLE

Cadeau pour vous tous !

« Etre humain, ô mère du possible et de son inverse. De mes vœux les plus bénéfiques en sa relation sincère et réelle fassent qu'ils jaillissent le bonheur relationnel autour de tous ceux qui te côtoient »

Rodolf-Karel CANOY



Bulletin Info

N° 50

Janvier 2011

Dans ce numéro :

Arthrose et obésité : pas qu'une question de poids | 2

Les troubles musculo-squelettiques | 4

Histoire de la goutte | 8

Du jogging au marathon : quels bénéfices? Quels risques? | 10

Les prochaines réunions | 13

Les membres du bureau | 14

Numéros disponibles et à paraître | 16

La surcharge pondérale est certes impliquée dans le développement d'une arthrose des articulations portantes, mais qu'en est-il du lien observé entre excès de poids et arthrose des doigts ?

L'arthrose est la plus fréquente des affections ostéoarticulaires chroniques. Sa prévalence augmente avec l'âge. L'arthrose des membres touche essentiellement les genoux, les mains - interphalangiennes distales, proximales et articulation scapho-trapézienne - et les hanches.

L'arthrose est une affection multifactorielle où interviennent à côté de facteurs génétiques des éléments acquis ou d'ordre environnemental.

Gonarthrose et obésité : une association connue de longue date

A côté des autres facteurs de risque de la gonarthrose, dont les déviations d'axe des membres inférieurs ou les antécédents de traumatisme articulaire, l'obésité et le surpoids ont un rôle prépondérant, en particulier dans les pays développés. L'obésité augmente le risque de développer une gonarthrose radiologique et symptomatique. Le risque est plus élevé chez les femmes, et cette relation est plus marquée avec la gonarthrose bilatérale. Le risque concerne tous les compartiments articulaires du genou et augmente lorsqu'il existe conjointement un défaut d'axe des membres inférieurs, le plus souvent à type de genu varum. Une fois la gonarthrose installée, l'obésité augmente le risque d'expression symptomatique et de progression structurale. Le rôle bénéfique de la

réduction pondérale a été mis en évidence, essentiellement en association avec des exercices physiques.

Un lien qui ne se résume pas aux effets physiques de la surcharge

Le rôle néfaste du surpoids pour les articulations portantes s'explique par des remaniements du cartilage, touchant à la fois les chondrocytes et la matrice extra cellulaire, en rapport avec des charges excessives s'exerçant sur l'articulation. Néanmoins, il est admis que l'augmentation des contraintes articulaires mécaniques aboutit non pas à l'apparition de déchirures du cartilage mais à l'activation de mécanorécepteurs présents notamment à la surface des chondrocytes, à l'origine d'une synthèse accrue de médiateurs pro-inflammatoires (prostaglandine E2, cytokines) et d'enzymes dégradant le cartilage telles que les métalloprotéases. Tout se passe comme si un stimulus physique, représenté par une surcharge mécanique, était transformé en un signal biologique aboutissant à un excès de dégradation du cartilage.

Comment expliquer le lien entre l'obésité et l'arthrose digitale?

Il existe également des liens entre obésité et arthrose d'autres sites articulaires. L'obésité augmente le risque de coxarthrose, mais de manière moins marquée que pour la gonarthrose. Le risque de mise en place d'une prothèse de hanche pour coxarthrose est toutefois plus élevé en cas d'obésité. Comme pour la gonarthrose, il existe également une

association marquée entre l'obésité et l'arthrose des mains, ne pouvant à l'évidence faire intervenir le rôle d'une surcharge mécanique et faisant évoquer le rôle de substances à action systémique dans la physiopathologie de l'arthrose. Une étude conduite aux Pays-Bas, incluant 3585 sujets âgés d'au moins 55 ans, a ainsi montré que l'excès de poids, caractérisé par un indice de masse corporelle supérieur à 27,4 kg/m², augmentait le risque d'arthrose digitale de 40 % (OR: 1,4 ; IC à 95 0/0: 1,2-1,7), indépendamment de facteurs métaboliques tels que le diabète, l'hypertension artérielle ou la présence d'une dyslipidémie.

Ces données ont permis de suspecter le rôle de substances sécrétées notamment par le tissu adipeux, les adipokines ou adipocytokines. Parmi celles-ci, les substances les mieux étudiées sont la leptine, l'adiponectine, la résistine et la visfatine. Ces substances interviennent dans le métabolisme lipidique et glucidique. Des travaux ont mis en évidence la présence d'adipokines, en particulier de leptine, dans le liquide synovial dans l'arthrose, les taux étant globalement corrélés à l'indice de masse corporelle. Ces cytokines, sécrétées en excès chez les obèses, agiraient à distance sur le cartilage en favorisant sa dégradation. Une autre hypothèse fait intervenir dans la physiopathologie de l'arthrose des affections fréquemment associées à l'obésité telles que l'athérosclérose et le diabète. L'arthrose est caractérisée par une dégradation du cartilage, mais d'autres composants articulaires, en particulier l'os sous-chondral, sont probablement

impliqués. L'atteinte de l'os sous-chondral pourrait survenir au stade précoce de l'arthrose et favoriser secondairement l'atteinte du cartilage. L'athérome de l'os sous-chondral, à l'origine de lésions ischémiques, pourrait ainsi intervenir indirectement dans la survenue ou la progression des lésions cartilagineuses.

Des altérations des matrices extracellulaires ont été constatées au cours du diabète, en rapport avec l'accumulation de produits de glycation. Ce phénomène au sein du cartilage pourrait aboutir à sa fragilisation et à une accélération de sa dégradation.

Conclusion

Les liens entre l'obésité et l'arthrose ne se résument pas au rôle de surcharges excessives s'exerçant sur les articulations, comme l'atteste l'association entre l'excès de poids et l'arthrose des doigts. Des recherches sont nécessaires pour mieux préciser le rôle de substances à action systémique, ouvrant ainsi la perspective de nouvelles interventions thérapeutiques dans l'arthrose.

Dr Pascal HILLIQUIN, Service de rhumatologie, Centre Hospitalier sud-francilien, Corbeil-Essonnes.

Quelle part occupent les troubles musculo-squelettiques au sein des pathologies professionnelles?

Les troubles musculo-squelettiques (TMS) sont, en termes de fréquence, en première position de reconnaissance des maladies professionnelles en France.

L'estimation la plus récente de la CNAM (fin 2008) fait état de 34200 TMS indemnisés en 2007, ce qui correspond à 7,4 millions de journées de travail perdues et 736 millions d'euros de frais couverts par les cotisations des entreprises.

Ces pathologies représentent donc un coût économique important. Leur prévalence augmente chaque année de 18 % depuis dix ans. Celle-ci est probablement sous-estimée du fait de la sous-déclaration, et selon la CNAMTS il y aurait eu en réalité 42 936 TMS en 2007 [1].

En quoi consistent les TMS liés au travail?

Les TMS, également appelés « affections périarticulaires » ou « pathologies d'hypersollicitation », sont des maladies multifactorielles à composante professionnelle. Il s'agit d'un ensemble d'atteintes douloureuses des muscles, des tendons et des nerfs aussi bien du membre supérieur que du membre inférieur et/ou de la colonne vertébrale.



Le syndrome du canal carpien, les tendinopathies de la coiffe des rotateurs, les épicondylites mais aussi les hygromas ou les lombalgies sont parmi les pathologies les plus fréquentes et les plus connues. La lésion peut se produire à la suite d'une sollicitation excessive des membres ou de la colonne, au niveau de la force demandée, de la posture, avec des limites d'amplitude générant une fatigue musculaire ou une compression des nerfs et des tendons. La majorité de ces TMS est reconnue sur les tableaux de maladies professionnelles de l'assurance maladie.

Il s'agit principalement du tableau 57 (affections péri-articulaires provoquées par un certain geste et posture du travail) mais aussi des tableaux 69, 79, 97 et 98 qui comprennent les tableaux des lombalgies liées aux manutentions et des pathologies avec vibrations. Les milieux professionnels concernés par la manutention, le

travail à la chaîne par une répétition excessive des gestes (poste de caissière, par exemple) comme l'industrie agro-alimentaire et le BTP, sont les secteurs les plus touchés. Mais il faut bien prendre conscience qu'aujourd'hui tous les secteurs d'activité sont concernés, quelle que soit la taille de l'entreprise. Le tertiaire, avec le travail sur écran, les commerces (habillement, pressings ...), les entreprises de service aux particuliers où les TMS chez la femme sont en constante augmentation.

Quels sont les facteurs de risque de ces pathologies?

On considérait initialement que l'étiologie de ces pathologies se limitait à des facteurs biomécaniques tels que la répétition de gestes, une amplitude exagérée, une concentration des forces sur un muscle entraînant douleur et fatigue musculaire.

Depuis dix ans, il apparaît qu'aux facteurs biomécaniques s'ajoutent entre autres des facteurs organisationnels et psychosociaux. Le rythme de travail (répétition des gestes, cadence du travail) est un des facteurs organisationnels de plus en plus mis en cause aujourd'hui. Du fait du travail en flux tendu, il est demandé un travail rapide aux salariés, d'où un manque de pauses et un temps de récupération insuffisant. Il peut aussi s'agir d'un manque de formation aux bonnes postures ou

d'une charge de travail excessive.

Associés à cela, il y a les facteurs psychosociaux, qui sont une des préoccupations majeures du service Santé au travail mais aussi des ministères. Le rapport de Légeron et Nasse en 2008 [2] reflète la prise de conscience des politiques de l'importance des facteurs psychosociaux avec la volonté de constituer un indicateur global représentatif de ces risques et la mise en œuvre d'actions de formation et d'information pour les acteurs concernés par ces risques. Ces facteurs psychosociaux peuvent générer un mal-être du salarié. Afin d'évaluer ce vécu des salariés, différents outils sont disponibles. Un de ceux utilisés fréquemment par le médecin du travail est fondé sur le questionnaire de Karasek [3]. Ce questionnaire permet une évaluation collective du bien-être au travail et d'estimer globalement la santé mentale au sein d'une entreprise. Les principaux facteurs recherchés tiennent compte de la charge psychologique demandée, de l'autonomie décisionnelle et des relations sociales.

Enfin, des facteurs individuels (tel qu'un état de santé déficient) mais aussi le stress, le froid, les vibrations, un matériel inadapté au travail interviennent également.

Tout cet ensemble de facteurs concourt à l'apparition des TMS. Ces pathologies ont

aujourd'hui un coût économique et humain (souffrance pour le salarié, risque d'inaptitude, difficultés de reclassement, gêne des gestes dans l'activité professionnelle et au quotidien) élevé.

Quelles mesures permettraient de prévenir ces pathologies?

La prévention de ces pathologies ne peut s'envisager que dans le cadre d'une approche globale et pluridisciplinaire. L'intervention du médecin du travail seul ou du salarié ne peut permettre la diminution de ces pathologies si l'entreprise n'adhère pas elle-même à cette politique de prévention. D'où la campagne de sensibilisation actuellement menée auprès des entreprises. Des institutions externes telles que la CRAMIF (Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France) ou l'ANACT (Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail) peuvent permettre de réaliser à la demande de l'entreprise une analyse de l'ensemble des facteurs de risque.

Ces mesures sont multiples et résident essentiellement en une identification et analyse de ces risques et une recherche des mesures possibles pour les réduire, voire les éradiquer. L'information sur ces pathologies et leurs survenues sont une des clés pour sensibiliser les acteurs de l'entreprise et chercher ensemble des moyens d'action et de prévention.

Quel est le rôle du médecin du travail?

Le médecin du travail est une des pierres angulaires dans la prévention des TMS et dans la prévention des pathologies pour le bien-être du salarié au travail. Il doit identifier ces risques à travers les situations de travail ou en écoutant le salarié, faire le lien entre le poste de travail et les douleurs. Les douleurs des TMS ne sont pas toujours très significatives, comme des fourmillements, des picotements, des raideurs. Il peut se déplacer dans l'entreprise pour observer le poste.

Par la suite, il pourra, avec la participation d'autres intervenants en prévention professionnelle, proposer des interventions centrées sur la réduction des contraintes des situations du travail, sur les matériels utilisés ou encore sur l'organisation du travail.

Ces démarches ne sont réalisables qu'à partir d'un travail synergique entre les différents acteurs de l'entreprise, que ce soit l'employeur, le CHSCT d'une entreprise, le médecin du travail, les salariés.

Le médecin du travail va analyser avec l'employeur les situations de travail au niveau organisationnel, hiérarchique; proposer d'évaluer le vécu global des salariés. A sa charge ensuite de convaincre l'employeur d'améliorer ces conditions

de travail.

Le reclassement des travailleurs est-elle une solution à laquelle vous avez souvent recours ?

Le reclassement à un autre poste de travail est très souvent difficile. Il dépend de la taille de l'entreprise, du secteur d'activité et aussi de la bonne volonté de l'employeur. Lorsque le maintien à l'emploi n'est pas possible, le patient est souvent déclaré inapte et licencié. Parfois, suivant l'importance du handicap généré par l'affection péri-articulaire, le salarié peut demander à être reconnu pour son handicap par la CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) et bénéficier dans ce cas de l'intervention de cellules de maintien à l'emploi qui subventionnent des aides ou qui aident au reclassement de ces personnes.

Propos recueillis par le Dr Catherine Bailly

Références

1. Prévention des TMS - dossier de presse 2009 et statistiques CNAMTS 2007 disponible sur le site de la CNAMTS www.risquesprofessionnels.ameli.fr
2. Nasse P, Légeron P. Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail. Ministère

du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité, Paris, mars 2008

3. Karasek R, Brisson C, Kawakami N, et al. The Job Content Questionnaire (JCQ) : an instrument for internationally comparative assessment of psychosocial job characteristics. J Occup Health Psychol 1998;3:322-55.

A retenir

- * Les TMS sont des pathologies multifactorielles. Les facteurs biomécaniques ne sont qu'un des facteurs étiologiques-composante.
- * Il existe un délai de prise en charge (généralement de 7 à 90 jours selon les TMS) qui correspond à la durée maximale admise entre la fin éventuelle de l'exposition au risque et la première constatation médicale de la maladie pour faire une demande de reconnaissance de la pathologie au titre de maladie professionnelle. Au-delà, celle-ci peut être refusée.

Interview du Dr Karine Durand, médecin du travail, AMEDICLEN service inter-entreprise, Neuilly-sur-Seine.

C'est celle de sa conceptualisation en tant que maladie originale, s'exprimant sur le plan clinique par des symptômes caractéristiques mais non spécifiques et définie sur le plan étiopathogénique par une hyperuricémie et la présence, au sein des tissus « podagriques », de cristaux d'acide urique.

La goutte : une maladie humorale

La théorie des humeurs, élaborée par Hippocrate et les auteurs du Corpus, puis par Galien, a tenu dans l'histoire de la médecine un rôle de premier plan jusqu'à la fin du XVIII^{ème} siècle. Cette théorie considère que la santé réside dans l'équilibre des humeurs, qui sont au nombre de quatre : le sang, le phlegme, la bile jaune et la bile noire.

Toute maladie est due à un dérèglement du jeu de ces éléments. Furetière, au XVII^e siècle, n'hésitait pas à écrire: « Toutes les maladies ne sont causées que par des humeurs peccantes et qu'il faut évacuer. » Les propositions pathogéniques de la goutte s'inscrivent donc dans un schéma humoral relativement cohérent: il s'agit d'un écoulement venu de la tête, qui descend vers le bas du corps par des voies d'écoulement totalement imaginaires, pour venir se fixer dans les parties resserrées comme le gros orteil, et rien ne viendra véritablement déstabiliser cette façon de voir les choses.



Pour Galien, par exemple, la goutte correspond à un excès d'humeur : «

L'articulation est remplie et dilatée, quelquefois, l'humeur est de nature sanguine ... ». Le galénisme imprégnera même la médecine arabe. Avicenne, dans son Canon, explique: « Les jointures des pieds et des mains se prennent, parce qu'elles offrent plus que les autres régions un espace à l'humeur morbide, parce qu'elles sont de complexion faible et froide. »

Pour Ambroise Paré, « l'origine de la défluxion des gouttes vient du cerveau et du foye. » Sydenham lui-même considérait la crise de goutte comme une tentative de la nature « pour détruire la matière peccante en la déposant dans les articulations, puis en l'éliminant par une perspiration insensible ». Mais l'émergence de l'iatromécanisme puis celle du vitalisme allaient commencer à ébranler la solide construction humorale. Leeuwenhoek, dans la deuxième partie du XVII^{ème} siècle, à partir d'un instrument

rudimentaire, décrit la présence de cristaux au sein des tophus. On était là sur le chemin de la reconnaissance de la goutte comme maladie métabolique.

La goutte : une maladie métabolique

Dès la fin du XVIII^e siècle, Scheele, Forbes et Wollaston prouvent que les calculs urinaires et les tophus ne sont pas faits d'une matière terreuse mais d'un acide appelé d'abord acide de concrétion puis, plus tard, acide urique. Ce fut Sir Alfred Garrod, en 1848, qui fit la démonstration que cet acide urique, que l'on avait trouvé dans des calculs et dans des tophus, se retrouvait dans le sang des goutteux.

Dans son ouvrage (1867) « Nature et traitement de la goutte et du rhumatisme goutteux », il énonce dix propositions où tout ou presque est dit sur la goutte:

- Dans la vraie goutte, l'acide urique est toujours présent dans le sang en quantité anormale.
- La véritable inflammation goutteuse est toujours accompagnée d'un dépôt d'acide urique dans la région enflammée. - Si le dépôt est cristallin, il persiste longtemps.
- L'urate de soude déposé peut être considéré comme la cause de la réaction goutteuse.
- L'inflammation lors de la crise tend à distraire l'urate du sang.
- Les reins sont impliqués dans la goutte.

- L'altération du sang est la cause probable des troubles.

- Les causes qui prédisposent à la goutte, hormis les individualités particulières, sont soit celles qui produisent une augmentation de la formation des urates, soit celles qui aboutissent à sa rétention dans le sang.

- Les causes provoquant une crise sont celles qui diminuent l'alcalinité du sang.

- Dans aucune autre maladie il n'y a de dépôt d'urate dans les tissus. L'histoire de l'origine et du métabolisme de l'acide urique allait être l'affaire plus des biochimistes que des cliniciens. Mais c'est à des cliniciens que revient le mérite final de l'explication de la crise de goutte: en 1961, MacCarty et Hollander identifient des cristaux d'urate de soude dans le liquide articulaire des goutteux au cours d'un accès. En 1962, MacCarty démontre que l'inflammation goutteuse peut être provoquée par l'injection de microcristaux de toute nature, que la crise de goutte n'est que la conséquence de la phagocytose de ces corps étrangers. On connaît d'ailleurs, outre la goutte urique, la goutte à hydroxyapatite et celle à pyrophosphate de calcium.

Il se sera écoulé plus de 2 700 ans entre la première description de la podagre et son explication par MacCarty !

Dr Gilbert Guiraud, Muret-en-Comminges

La pratique d'activités physiques dites « en charge », comme la course à pied, peut générer à tout âge des blessures et des problèmes d'ordre tendino-musculaire ou ostéo-articulaires. Cependant, elle comporte aussi des avantages non négligeables.

Parmi les pathologies rencontrées chez le coureur, il faut citer les douleurs tendino-musculaires ou ostéo-articulaires d'origine microtraumatique encore appelées « technopathies ». Mais quel est l'impact réel de la course à pied sur les articulations des membres inférieurs ? Cette activité peut-elle générer une arthrose de la hanche ou du genou?

Course à pied et risque arthrogène

Les méta-analyses concernant la relation entre sport et coxarthrose, colligeant les données d'études transversales avec cas/témoins ou de suivis longitudinaux, montrent un niveau de preuve modéré, quelle que soit l'activité sportive dès lors qu'elle est pratiquée de façon dosée. Ainsi le risque est-il faiblement augmenté avec un odds-ratio (OD) de 1,25. En revanche, lorsqu'il a été pratiqué à un haut niveau, le sport, quelle que soit la discipline, présente un risque « arthrogène » avec un OR variant de 1,5 à 3,7 pour la coxarthrose. Une étude longitudinale, réalisée auprès de 45 coureurs longue distance et 53 sujets témoins d'âge moyen 58 ans suivis sur une période de 18 ans, montre que la course à pied pratiquée comme sport de loisirs n'augmente pas significativement le risque d'arthrose du genou



ni n'accélère la progression de l'arthrose chez les coureurs par rapport aux non-coureurs.

Ces résultats ne peuvent pas être extrapolés à la course de très longue distance (marathon, voire semi-marathon) de compétition, dont les contraintes articulaires sont plus importantes du fait d'un effort plus intense et plus prolongé.

Par ailleurs, le seuil de tolérance (kilomètres parcourus par semaine) peut varier d'un individu à l'autre, d'où la notion de dosage dans la pratique, y compris pour la course de loisirs.

Un sportif, avec une arthrose débutante ou très modérée de la hanche ou du genou diagnostiquée vers 40 ou 50 ans, peut vraisemblablement continuer à courir à condition d'effectuer des distances raisonnables, d'éviter les sols durs et d'utiliser un chaussage adapté. Au-delà de 40 ans, la course à pied est bénéfique, car elle permet de développer ou d'entretenir la tonicité musculaire ainsi que le contrôle proprioceptif articulaire. Il faut cependant être vigilant vis-à-vis du poids. Concernant la minéralisation osseuse, la course longue distance n'a pas d'effet délétère. S'agissant des paramètres cardiovasculaires, les effets bénéfiques ne sont

pas négligeables si l'on court régulièrement ...

Bilan clinique d'aptitude ou de surveillance

L'examen d'un sujet de 40 ou 50 ans qui pratique la course à pied doit comporter:

- la mesure du poids et l'appréciation de sa répartition, l'évaluation des axes des membres inférieurs;
- l'examen du rachis lombaire (recherche de discopathie) ;
- l'examen des hanches et des genoux: amplitudes articulaires et recherche de léger flossum, qui peut être le seul signe révélateur d'une arthrose chez le sportif;
- la recherche de rétractions musculaires (ischio-jambiers, triceps sural, voûte plantaire) et l'examen des tendons d'Achille;
- l'examen des chevilles (tibio-tarsienne et sous-astragaliennne) et recherche de séquelles d'entorse;
- l'appréciation de la mobilité articulaire du médiotarse et de l'avant-pied;
- l'examen podologique sur podoscope : alignement de l'arrière-pied et surcharge sur l'avant-pied;
- l'examen de l'usure des chaussures de course (pied « supinateur » ou « pronateur »), la foulée s'effectuant sur l'arrière-pied en légère supination puis sur l'avant-pied en légère pronation (figure).

Le port de semelles thermoformées sur mesure après étude dynamique de la marche peut favoriser l'amortissement des chocs au sol et prévenir une technopathie par correction de l'alignement de l'arrière-pied.

Ce bilan est complété par la recherche de facteurs

de risque cardiovasculaire. L'ECG sous effort est préconisé chez les plus de 40 ans ayant un ou des facteurs de risque et chez ceux débutant le sport après 40 ou 50 ans. En plus des conseils d'hydratation, un bilan biologique peut être proposé, notamment en cas de douleurs musculaires ou de problèmes de récupération après effort.



Principales technopathies

A la hanche

- La coxarthrose doit être éliminée devant toute douleur évocatrice irradiant à la face antérieure de la cuisse. La radiographie du bassin avec faux profil de Lequesne présente un intérêt diagnostique. La poursuite de la course à pied est possible, mais de façon modérée, et les activités en décharge sont conseillées. En cas de douleur aiguë, l'échographie peut révéler un épanchement intra-articulaire témoin d'une poussée qui impose la mise au repos. • Une contracture du pyramidal est à envisager en dehors de tout conflit disco-radicaire ou de tendinopathie d'insertion des ischio-jambiers. Ce muscle fessier rotateur externe de la hanche est surutilisé chez le joggeur pour freiner la rotation interne de la jambe lors de la réception du pied au sol. Le traitement est le « repos sportif» parfois prolongé avec étirements du pyramidal et des autres muscles fessiers.
- Les autres pathologies tendineuses (moyen fessier, psoas, droit antérieur ...) pourront faire

l'objet d'infiltrations. • Les fractures de fatigue du bassin, plus rares, affectent surtout des sujets plus jeunes pratiquant l'athlétisme en compétition et sont évoquées en présence de douleur à la mise en charge du bassin.

Au genou

Les douleurs les plus fréquentes chez le joggeur sont celles du compartiment externe.

- Le syndrome de la bandelette ilio-tibiale, ou syndrome du TFL (tenseur du fada lata). La douleur, d'apparition progressive lors de la course puis permanente, est retrouvée à la palpation du condyle externe du genou en imprimant des mouvements de flexion-extension. Le diagnostic différentiel est celui d'une pathologie par lésion méniscale externe. Les semelles orthopédiques thermoformées sur mesure avec bandelette pronatrice permettent de reprendre la course.

- Les douleurs du compartiment fémoro-patellaire ou antérieur du genou se manifestent sur terrain irrégulier (tendinopathie de la pointe de la rotule, chondropathie). Un rééquilibrage du couple quadriceps ischio-jambier est parfois nécessaire.

Les gonalgies localisées au compartiment interne peuvent être favorisées par des antécédents de ménisectomie. • L'atteinte dégénérative fémoro-tibiale peut se révéler par une douleur sur l'interligne, un léger enraidissement du genou, parfois un kyste poplité. Les radiographies comparatives des genoux avec clichés « en Schuss » et clichés des axes des membres inférieurs et parfois l'IRM sont utiles.

A la jambe, à la cheville et au pied

- Accidents de désinsertion du jumeau interne à la partie inférieure de jambe

et à la partie supérieure du tendon d'Achille (éliminer une phlébite).

- Artère poplitée piégée et syndrome de loge chronique (claudication d'effort). • Fractures de fatigue touchant le tibia ou le tiers inférieur du péroné.

- Périostite tibiale, souvent associée à une tendinite du jambier postérieur: les semelles thermoformées corrigent la pronation excessive de l'arrière-pied.

- Lésions articulaires de la cheville : ostéophytose isolée de la face antérieure ou postérieure de la cheville (limitation des mouvements, raideur à la mobilisation en flexion dorsale ou plantaire) ; lésion ostéochondrale du dôme astragalien évoquée en cas d'antécédents d'entorse (rechercher un corps étranger intra-articulaire) ; lésions arthrosiques avec pincement de l'interligne.

- Tendinopathies d'Achille (péritendinite, tendinopathie nodulaire avec risque de rupture, enthésopathie), maladie de Haglund (tuméfaction ou bursite).

- Lésions de l'aponévrose plantaire: enthésopathie sous-calcanéenne, myoaponévrosite, rupture de l'aponévrose plantaire.

- Métatarsalgies statiques, en particulier la fracture de fatigue du 2^{ème} métatarsien.

Dr Patrick le Goux, rhumatologie médecine du sport, consultant à l'INSEP, hôpital Ambroise-Paré, Boulogne



Les prochaines réunions :

Les réunions ont lieu le troisième mercredi du mois
(sauf en Juillet et Août) à 20h30, Salle Sportive et Culturelle de Naveil,
Rue du Stade, Salle de Réunions des Associations, derrière la Mairie de Naveil.

Si vous souhaitez participer à l'une des réunions, veuillez en faire la demande par le biais du menu "contact". Vous recevrez une confirmation par courrier électronique. Par avance, Merci.

Sous réserve de changements de dernières minutes.

ANNEE 2011	
•Le 19 Janvier 2011	Médecine Chinoise Madame FAURE
•Le 16 Février 2011	Traitement Cancer du Colon Docteur Antoine ABI FADEL Clinique du Saint-Cœur Vendôme (41)
•Le 16 Mars 2011	Shiatsu Bio-Energétique Madame Nathalie ROGER
•Le 20 Avril 2011	Rôle des glutations dans l'organisme Monsieur David DAGET
•Le 18 Mai 2011	Phytothérapie en cardiologie Monsieur Bernard RAGOT
•Le Mercredi 29 Juin 2011 à 20h30 TOURS (37)	La médecine retrouvée Une autre façon d'aborder la maladie de nos jours <i>par</i> Professeur Laurent DEGOS Service Humato-Cancérologie Hôpital de Lariboisière
•Le 21 Septembre 2011	Body-Clair Madame Elisabeth d'ARCANGUES
•Le 19 Octobre 2011	Un cas en Hypnothérapie Monsieur Jean-Michel DE BUSSEROLLE
•Le 16 Novembre 2011	Un cas en Ostéopathie Monsieur Serge A. WERLE
•Le 21 Décembre 2011	Assemblée Générale



Les membres du bureau E.D. C.A.S. :

PRÉSIDENT

Médecin Généraliste, Représentant National et International de l'association

Docteur Pierre BULLE
Pierre.Bulle@wanadoo.fr

RESPONSABLE DE LA COMMUNICATION

Expert Psychologue, Psychothérapeute et Psychologue du travail

Rodolf-Karel CANOY
canoy.expertpsy41@wanadoo.fr

ORGANISATIONS RÉGIONALES

Monique LATRON
M.LATRON@wanadoo.fr

Madeleine BEZANNIER
Écrire à : 7 Rue Creuse, 41120 CHAILLES

CHIRURGIEN-DENTISTE

Docteur GIUMELLI
contact (Précisez la personne)

KINÉSITHÉRAPEUTES

Association pour le développement de l'hypnose

Jean-Michel de BUSSEROLLES

contact (Précisez la personne)

Exerçant sur Naveil (41)

Christelle POUDRAI-SASSIER

contact (Précisez la personne)

KINÉSITHÉRAPEUTE - OSTHEOPATHE

Frédéric VANPOULLE
frederic.vanpouille@wanadoo.fr

MICROKINESITHERAPEUTE

Éric DE RYCKE
contact (Précisez la personne)

CHIROPRACTEUR-IMMUNOTHERAPEUTE

Stéphane DEPONGE
stephane.deponge@wanadoo.fr

KINÉSIOLOGUES

Olivier MAURIÈS
olivier.mauries@tiscali.fr



REFLEXOLOGIE - DIEN CHAM

David DAGET
Reflexo37@tiscali.fr

YOGA - ENERGETIQUE - KINESIOLOGIE

Professeurs diplômés
Annie et Jean-François BREUIL
contact (Précisez la personne)

MAITRE DE REIKI

Membre de l'A.F.M.R
Élisabeth D'ARCANGUES
edarcangues@caramail.com

SOPHROLOGUE - SOMATOTHERAPEUTE

Michel CLEMENT
oscar37@club-internet.fr

OSTEOPATHE

Serge A. WHERLE
osteopathie-nature@wanadoo.fr

CHANT THÉRAPEUTE

Alain DESCHAMPS
contact (Précisez la personne)

ACUPUNCTURE CHINOISE

Jean-Jacques BOBINEAU
bobineau.jean-jacques@wanadoo.fr

TRESORIERE GENERALE

Isabelle LONA
contact (Précisez la personne)

AUTRES MEMBRES

BESNIER Dominique - BOULAY Christine
BROSSILLON Pierre - CHEMINOT Sylvie
FAUCHEREAU Jean - GRIMAL Francine
LAINE Véronique - LEMELLE Mireille
METAIS Lydie - NERON Béatrice
OURY Bernadette - PITAUD Josiane
PONTET Annick - TOULEMONDE Luce
TRICOTET Yves
contact (Précisez la personne)



Numéros disponibles :

Numéros	Thèmes principaux	Mois de parution
17	Art thérapie et Monitoring	Juin 2001
18	Ondoline, Hydroxueur, Immunothérapie	Octobre 2001
19	Chakras et Dépression	Février 2002
20	Hypnose et Fibromyalgie	Mai 2002
21	Dépression et Suicide	Septembre 2002
22	Mort subite et Tentative de suicide	Décembre 2002
23	Nutribiothérapie, Cancer, Bio et Pollution chimique : Enfants victimes	Mars 2003
24	Dépression et Suicide	Juin 2003
25	Handicaps, Acouphènes, Toxoplasmose, Coups et Blessures, V.I.H., Eaux minérales, Fruits et légumes, Sel, Nutrition	Septembre 2003
26	Harcèlement moral, La dépression peut constituer un accident de travail, Les bienfaits de la « cohérence cardiaque, Ni Freud, ni prozac, L'univers compliqué du light, Schizophrénie, Épisode dépressif majeur, Nutrition	Janvier 2004
27	L'environnement influence nos gènes, Stress et trouble anxieux, Nutrition, Mort subite, Les acouphènes chroni- ques	Mars 2004
28	La nutrition : votre santé passe par elle !	Juin 2004
29	Stress et Dépression	Septembre 2004
30	Nos comportements Psychoaffectifs et ses inter-corrélations : Les sentiments	Décembre 2004
31	La dépression des personnes âgées Le stress au travail Le stress chronique épuise l'immunité Dépister les formes trompeuse de la dépression La famille du déprimé : de l'incompréhension à la culpabi- lité La vulnérabilité des patients déprimés	Mars 2005
32	Allergie alimentaire et Fausses allergies	Juin 2005
33	Stress, Anxiété et Fatigue	Septembre 2005
34	Votre enfant est-il hyperactif ? Narcissisme	Janvier 2006
35	Orgasme Structures et caractères	Avril 2006



Numéros disponibles suite :

Numéros	Thèmes principaux	Mois de parution
36	Synthèse du colloque 2006 : la nutrition , une véritable médecine douce Mode d'emploi pour être sûr de soi Troubles obsessionnels compulsifs chez l'enfant et l'adolescent	Septembre 2006
37	Amoureux et Narcissiques Le père Noël entre rêve et réalité	Décembre 2006
38	Enquêtes : * Surpoids : Mieux pour la tête que le cœur * La flore intestinale impliquée dans l'obésité * Besoins en eau. Cela ne coule pas de source * Les Européens et la sécurité alimentaire * Allergiques : attention aux baisers Les édulcorants ne stimulent pas la prise alimentaire Apprendre à goûter, apprendre à choisir Perte de poids : la chirurgie bariatrique Calcium et vitamine D	Mars 2007
39	La fibromyalgie en 2007 : où en sommes-nous ?	Juin 2007
40	Le prix moral des cadeaux au moment de Noël. Stress & dépression : la musique adoucit les mœurs	Septembre 2007
41	Couple : Au secours, il m'énerve ! La fibromyalgie en 2007 : académie de médecine Les thérapies comportementales et cognitives	Décembre 2007
42	La dyslexie	Mars 2008
43	L'Arthrose : Données récentes	Juin 2008
44	Fibromyalgie et Stress	Novembre 2008



Numéros disponibles suite et à paraître :

Numéros	Thèmes principaux	Mois de parution
45	Du stress au travail à l'épuisement psychologique Pas de plaies bénignes pour la main Lombalgie chronique : Prévenir l'invalidité Les facteurs d'observance aux psychotropes Les dermocorticoïdes au secours du phimosis	Mars 2009
47	Spécial Nutrition (En cours d'étude)	Novembre 2009
48	L'enfant victime d'une agression sexuelle	Février 2010
49	Les Lombalgies : Mal du dos - Mal du siècle !	Juillet 2010
50	Arthrose et obésité : pas qu'une question de poids Les troubles musculo-squelettiques Histoire de la goutte Du jogging au marathon : quels bénéfices? Quels risques ?	Janvier 2011
51	En étude	Avril 2011

Si vous le souhaitez, vous pouvez adhérer à l'Association E.D. C.A.S

Coupon à couper ou à recopier puis à retourner, avec votre règlement, au : 21 Rue Paul Cézanne 41100 NAVEIL (France)

Nom et Prénom :

Fonction :

Adresse :

Téléphone :

E-mail :

Ville :

Pays :

Adhésion 2009

Montant (minimum 40 € ou \$) : ,00 € ou \$ Par chèque En espèces Mandat-lettre