

GROUPE DE PAIRS DE L'AMICALE CANEUM

Compte rendu de la séance du 14/12/2017

Identifiant du groupe : 78110LEV001

Secrétaire : Dr MAURY

Modérateur : Dr DAMBOR

Temps 1 exemples :

•Problèmes soulevés par le groupe

- Dossier 1 : Homme de 54 ans, apnées non appareillées, examen ras, certificat course à pied et plongée. Vérification des aptitudes à la plongée – cf annexe
- Dossier 2 : fille de 15 ans pour douleur thoracique – motif caché des consultations
- Dossier 3 : garçons de 4 ans pour vomissements – GEA -certificat – recherche d'allergie par Ig E spécifique.
- Dossier 4 : fille de 3 ans, virose
- Dossier 5 : fille de 8 ans, vomissements, GEA, Vogalene
- Dossier 6 : femme de 73 ans pour toux, est partie aux urgences avec traitement par Orelox, revient en consultation pour une anosmie pour laquelle elle a refusé de faire le scanner
- Dossier 7 : enfant de 5 ans, suite à rhino fièvre persistante après 5 jours, angine, pas de TDR, traitement par Amoxicilline.

Question à traiter :

1 – Quel est le risque de réintroduction de la pénicilline dans une allergie ? Quels sont les tests diagnostiques d'allergie à la penicilline avec les caractéristiques ?

Références bibliographiques supplémentaires apportées par le groupe

Association HBPM + AVK dans une FA non valvulaire : association augmente le risque (cf annexe) vidal actualité

Fractures dentaires : tout récupérer, conserver les fragments dans du lait, de la salive ou de sérum physiologique, la dent peut être recollée et l'innervation peut se refaire.

•Ecart / à la pratique recommandée par l'HAS ...

Femme de 63 ans, toux et rhinite, depuis 15 jours, 3 grammes d'Amoxicilline car antécédents de pneumopathie hypoxémiante.

Femme de 49 ans sous contraception OE, arrêt de contraception par gynécologue : mise sous progestatif et bilan hormonal de ménopause.

FICHE HAS SUR LA CONTRACEPTION

Application I CONTRACEPTION

Temps 2

- **Synthèse des améliorations proposées du parcours et de la coordination des soins**

Urgences dentaires – La Pitié Salpêtrière ou Conseil de l'Ordre Dentiste

Dr Even, service d'orthopédie de l'Hôpital Cochin, pour les tumeurs musculaires

Consultation anti-douleur à l'Hôpital du Vésinet, Dr Ralitza KIPEROVA

Temps 3

- **Synthèse des cas compliqués :**

- **compte rendu des thèmes abordés au cours de la séance précédente**

MPR CHU Reims

- **autres...**

Réponses à la question posée lors de la séance précédente :

Testing des tendinites de la hanche (moyen fessier, pyramidal, psoas, TFL)

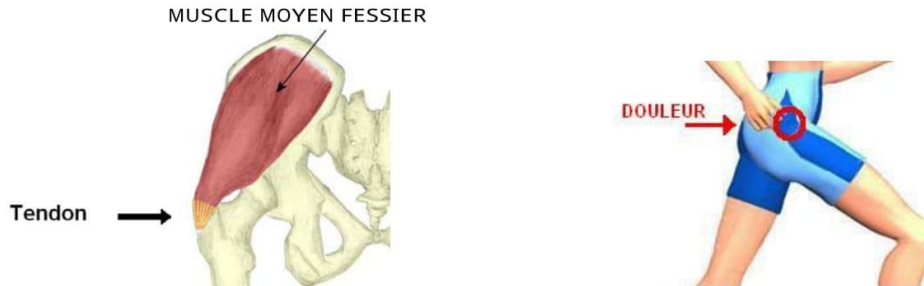
TENDINITE DU MOYEN FESSIER

Docteur François Prigent

- Le muscle moyen fessier joue un rôle important en station debout et lors de la marche. Son tendon est la partie fibreuse qui le relie à l'os. Il s'insère à l'extérieur de la hanche, sur une protubérance osseuse située à la partie haute du fémur : le Grand Trochanter.

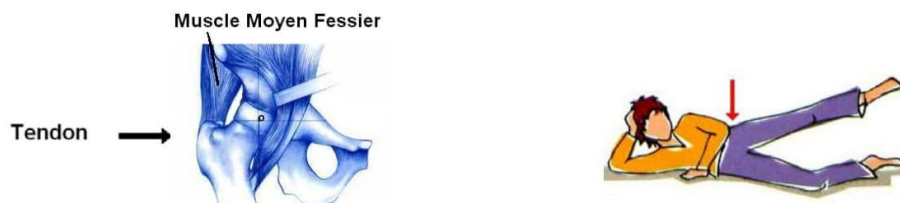
SYMPTOMES

La tendinite du moyen fessier correspond à l'inflammation du tendon et de sa gaine. Elle s'observe souvent chez le sujet âgé mais peut atteindre l'adulte jeune.



La tendinite du moyen fessier se traduit par une douleur au niveau du grand trochanter, dans la zone d'attache du tendon, pouvant irradier vers la face externe de la cuisse. Cette douleur peut être une simple gêne, mais le plus souvent elle est très invalidante à la marche et augmente dans les escaliers et quand on se lève.

Le diagnostic de tendinite est confirmé par la douleur à la palpation, à la contraction et à l'étirement. Un test simple peut être pratiqué : le patient est couché sur le côté opposé. La douleur externe est reproduite lorsqu'il lui est demandé d'élever la jambe latéralement vers le haut : abduction forcée.



Les douleurs de tendinite sont parfois confondues avec une arthrose de la hanche ou une atteinte nerveuse d'origine lombaire, surtout sciatique. Toutefois, contrairement à l'arthrose, l'articulation de la hanche reste souple et indolore lors de la mobilisation et, contrairement aux douleurs nerveuses, l'examen du rachis lombaire est normal.

RADIOGRAPHIE

La radiographie est normale ou montre parfois une calcification au niveau du grand trochanter. Cet examen permet d'éliminer une pathologie articulaire de la hanche : arthrose, ostéonécrose ...

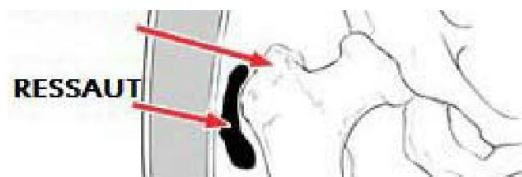
TRAITEMENT

La tendinite peut être traitée par massages et physiothérapie. Mais en pratique le traitement le plus efficace est l'infiltration locale de corticoïdes bien ciblée sur le point douloureux. Parfois celle-ci peut être répétée afin de compléter l'effet de la première injection.

« À la suite de ce traitement, si vous avez l'impression de revenir à la case départ c'est qu'il existe une cause favorisante non prise en charge ou qu'il s'agit d'un autre type de douleur projetée. Il faut alors reconsulter votre médecin et rechercher une autre cause de douleur de la hanche.

Ressaut de hanche

Docteur François Prigent



C'est une sensation de claquement sur l'extérieur de l'articulation lors de certains mouvements.

La plupart du temps ce ressaut est indolore et peut être négligé.
Rarement ce ressaut est ressenti comme douloureux.

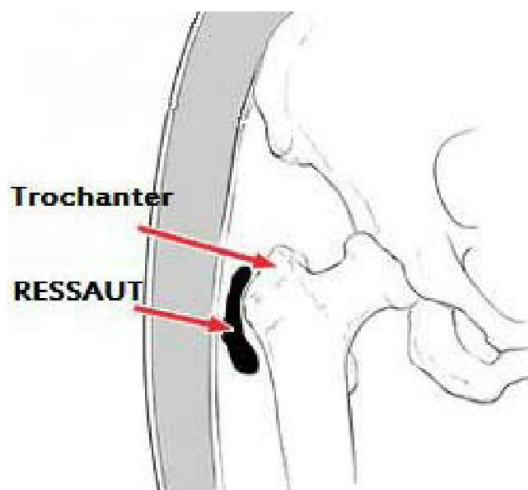
Il correspond à l'accrochage d'une bandelette tendineuse, la bandelette ilio-tibiale, sur le grand trochanter, qui est la partie supérieure du fémur et qui forme un relief osseux sur l'extérieur de la cuisse.

Le traitement le plus simple est empirique :

« Démarrez une activité sportive régulière ou changez-en si vous en avez une ». Le but espéré est de changer les conditions anatomiques locales par modification de la musculature ou variation de l'axe de travail de la cuisse afin de dévier la course de la bandelette tendineuse ilio-tibiale (bandelette de Massiat).

Un traitement chirurgical est proposé dans certains cas exceptionnels.

« Mais posez-vous la question de savoir si, ce que vous ressentez, n'est pas plus *énervant* que douloureux car vous pourriez être déçu par le traitement ».



Docteur François Prigent

Clinique St.louis . Poissy.

☎ 01.30.74.85.82

Tendinite des Adducteurs

Docteur Janssen

36 Bvd St Marcel – 75005

Centre Medico-chirurgical, Paris V

Tél. 33-(0)1-40 79 40 00

Les **lésions des adducteurs** sont redoutées en raison de leur possible passage à la **chronicité et des accidents aigus**.

Le **suivi médical**, en consultation et sur le terrain, des **sportifs de haut niveau** depuis près de 20 ans a permis de démembrer les différentes composantes de la **pathologie des adducteurs**. Une attitude diagnostique, thérapeutique et préventive de cette pathologie

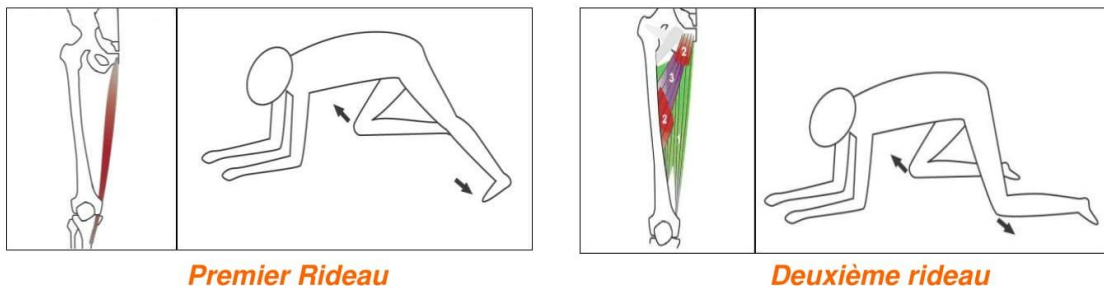
RAPPEL ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE

Les **muscles adducteurs** constituent les principaux éléments de la loge **interne de la cuisse**. Ils sont au nombre de cinq et jouent, outre **un rôle d'adducteur, un rôle de rotateur voire de flexion**. Il faut préciser qu'il existe trois « **rideaux** » successif de muscles internes **adducteurs de la cuisse**.

Le 1er rideau, le plus superficiel, est le **muscle gracile** (droit interne). Il est aussi fléchisseur de jambe. Il s'insère sur la face antéro-inférieure de la surface angulaire du pubis. Il se termine par un long tendon sur la sur la face interne du tibia où il constitue l'un des trois éléments de la patte d'oie.

Le 2ème rideau est le plus puissant. Il est **adducteur et rotateur externe de cuisse**.

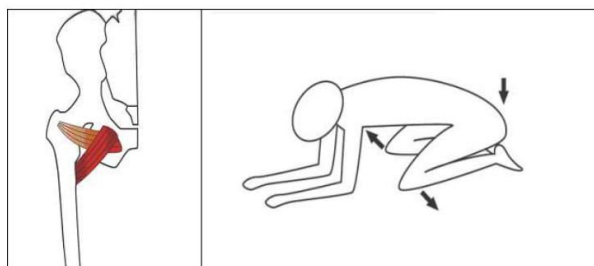
- un plan profond : le grand adducteur (1)
- un plan moyen : le court adducteur (3)
- un plan superficiel : le long adducteur (2) et le muscle pectiné (4).



Premier Rideau

Deuxième rideau

Le troisième rideau plus haut et plus profond est constitué des **muscles pelvitrochantériens**. Ils ne sont pas à proprement parler des adducteurs, ils sont rotateurs et permettent la coaptation de la hanche. Leur lésion rend douloureuse l'adduction.



Troisième rideau

Ces **muscles de la loge interne de la cuisse** participent à la coaptation de la **hanche** et au verrouillage du **bassin** (avec l'aide des muscles larges de l'abdomen) lors de l'**appui unipodal démarrage et les contre-pieds**. Lors de la frappe ces muscles sont en **contraction** d'un côté (jambe d'appui) et en **extension brutale de l'autre** (jambe de frappe), ce qui explique que leur **lésion est doublement invalidante**.

Ces **muscles** sont sollicités dans l'**équitation, la danse, la corde et les sports de combats**. Au **rugby** ils sont sollicités comme au **football** dans les démarrages, les contre-pieds et les cadrages débordements. Au football dans la **conduite de balle et les tirs de l'intérieur du pied**.

▶ CIRCONSTANCES DE SURVENUE ET MECANISME LESIONNEL

La forte charge de travail, la **répétition des matchs** et l'**absence d'étirement** après l'effort entraînent progressivement les **tendinites** d'insertion (enthésite), les **tendinites vraies**, les **lésions de l'interface musculotendineuse et les élongations**.

Un tendon ne peut s'étendre que de 4% de sa longueur en extension : c'est lors de sa contraction ou de son extension brutale qu'interviennent les accidents aigus, rupture tendineuse, claquage musculaire voire une déchirure.

En dehors de la localisation de la pathologie sur le corps **musculaire** (insertion, tendon, interface muscle) qui va permettre le traitement local de la **lésion**, il importe de bien connaître le **groupe musculaire** incriminé afin de pratiquer des **étirements bien ciblés**.

▶ L'EXAMEN CLINIQUE

L'**interrogatoire** va préciser : la place du joueur sur le terrain, la charge de travail, le rythme des entraînements et des matchs, enfin, les circonstances de survenue de la douleur.

La **localisation de la douleur** sera montrée par le sportif et recherchée par la palpation.

Dans un premier temps il faudra **éliminer une douleur de hanche** en imprimant, chez le sportif allongé en décubitus dorsal, une flexion-rotation interne forcée de cuisse sur le thorax qui peut reproduire la douleur. Premier examen important car le patient est souvent traité de longue date pour ses « **adducteurs** » alors qu'il s'agit d'une **déchirure d'un pelvitrochantérien ou du pectiné** qui a cicatrisée sans être étirée et qui reste douloureuse.

Pour les premier et deuxième **rideaux musculaires**, les **étirements** jambe tendue puis jambe fléchie vont montrer la **localisation de la lésion**, en déclenchant la **douleur**.

▶ LE DIAGNOSTIC LESIONNEL

Lésions chroniques

Les muscles le plus souvent touchés sont le **gracile** et le **long adducteur** au niveau de leurs insertions pubiennes. La palpation du fin tendon du gracile provoque la douleur et parfois perçoit des nodules voire une rupture partielle au ras du pubis.

Une lésion de l'interface **musculotendineuse** du faisceau inférieur du **grand adducteur** sera palpée en haut et en dedans sous la masse musculaire du **gracile**.

Lésions aiguës

Les **accidents aigus** sont principalement marqués par la **rupture tendineuse** et le **claquage**.

Le **claquage** peut survenir lors d'une contusion sur un muscle en hyper extension (shoot) ou lors d'une contraction aiguë. Il touche le plus souvent le faisceau inférieur du grand adducteur ou le court adducteur.

Ce **claquage** entraîne une douleur vive et une impotence immédiate. Dans un premier temps on peut palper la solution de continuité rapidement masquée par l'œdème et l'hématome. Puis l'ecchymose aura tendance à descendre vers le genou.

La **rupture tendineuse** entraîne aussi une douleur vive sous pubienne avec impotence immédiate. L'examen clinique va retrouver la solution de continuité avec un moignon sous pubien. L'examen ici est rarement gêné par un hématome. Cette rupture survient le plus souvent après un long passé douloureux avec de nombreux traitements et infiltrations de corticoïde.

▶ LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

La **radio** montre un arrachement osseux d'une insertion, une calcification d'un hématome ancien.

L'**échographie** peut montrer un tendon épaissi, un œdème osseux ou tendineux, un épanchement péri-tendineux, un aspect flou de l'expansion aponévrotique du tendon.

L'**IRM** précise les lésions de l'interface musculotendineuse.

Son intérêt est majeur dans les claquages importants pour poser l'indication de l'évacuation par ponction ou chirurgie car l'on sait les délabrements musculaires qu'entraînent l'ablation, dans un deuxième temps, d'une calcification « en os de seiche » d'un volumineux hématome.

▶ LE TRAITEMENT

Le **repos est nécessaire** dans un premier temps quelque soit la lésion.

Dès que la douleur s'atténue, la **pratique du vélo** dans l'axe est une préparation aux **étirements**.

Les **tendinites d'insertions et les tendinites vraies**, qui intéressent le plus souvent le gracile et long adducteur, peuvent bénéficier de **traitements locaux**, froid, ondes de choc, ionisation, MTP, contracté-relâché, mésothérapie associant anti-inflammatoires et anesthésiques et de traitements généraux : AINS, voire corticoïdes oraux.

Tous ces **traitements** doivent être entourés **d'étirements bien ciblés sur un muscle chaud**.

Pour les enthésites si ces traitements sont inefficaces on peut lui proposer une infiltration de corticoïde dans le périoste au niveau de l'insertion. La douleur disparaît en 8 jours et la reprise peut être envisagée en trois semaines dans un contexte d'étirements.

Si l'**infiltration** n'apporte pas le résultat escompté et ce d'autant que le sportif et en fin de carrière on peut lui proposer une **ténotomie**. Il s'agit d'une **section du tendon** le plus antérieur et interne (gracile ou long adducteur) à ½ centimètre de son insertion sous anesthésie générale.

Il faut, dans le même temps sous A.G. imprimer un grand écart facial jambes tendues et jambes fléchies dans l'espoir de voir partir le muscle dans sa position basse définitive.

Après cette intervention l'opéré se trouve dans une situation équivalente au patient qui s'est rompu spontanément le tendon : **le tendon est rompu et le muscle est resté en place**.

Habituellement, la **douleur** et l'entourage imposaient trois semaines de repos : immanquablement, à la reprise, le muscle à la première contraction vive repartait vers sa position définitive entraînant douleur, hématome, impotence et désarroi du blessé.

En conséquence après **rupture spontanée ou ténotomie**, il faut absolument reprendre les **contractions, les étirements, voire les électrostimulations** dès que la douleur est devenue tolérable pour que le muscle descende rapidement à sa position définitive, entraînant la guérison sans diminution notable de la **force musculaire**.

Les **élongations** doivent être pratiquées rapidement afin **d'éviter une cicatrice non élastique, rétractée et douloureuse**.

Les **claquages** importants vont bénéficier de l'IRM et d'une éventuelle indication d'évacuation. Le plus souvent le traitement consiste dans un premier temps en **l'application en alternance de froid et de contention** pour obtenir une vasoconstriction et diminuer l'importance de l'hématome et de l'œdème. Le traitement par voie orale, en dehors des **antalgiques**, reste discuté (AINS, myorelaxant) en raison du risque hémorragique. Plus tard seront mis en route : **une contention, une immobilisation, une physiothérapie** douce sans mis en tension des **fibres musculaires**. Dès que possible des **étirements doux** empêcheront une cicatrisation vers une rétraction engendrant des douleurs résiduelles importantes.

▶ LA PREVENTION

La prévention de ces pathologies commence par le **dépistage des causes classiques des musculotendinopathies** et de la bonne pratique de la **muscultation et des étirements**.

▶ Les causes classiques ;

- les **causes mécaniques** sont en particulier les entraînements sous la pluie et le froid, les efforts vifs à froid et les surfaces dures.
- les **causes infectieuses** pour rappeler que l'existence de toute infection peut favoriser l'apparition d'une tendinite, d'où l'intérêt du dépistage d'un éventuel foyer dentaire et du traitement des plaies suppurantes négligées.
- les **causes alimentaires** : de l'intérêt d'un suivi diététique et d'une rééquilibration hydroélectrolytique avant, pendant et après l'effort (hydratation).
- les **causes médicamenteuses** notamment les fluoroquinolones.
- les **causes métaboliques** : un dosage de l'acide urique peut montrer une hyperuricémie primitive qui justifierait d'un traitement à l'allopurinol.

▶ Les bonnes pratiques

La musculation doit être surveillée en gardant en mémoire deux évidences :

- l'équilibrage des agonistes et des antagonistes,
- les surfaces d'insertion des tendons ne changent pas et une surcharge entraîne une enthésopathie.

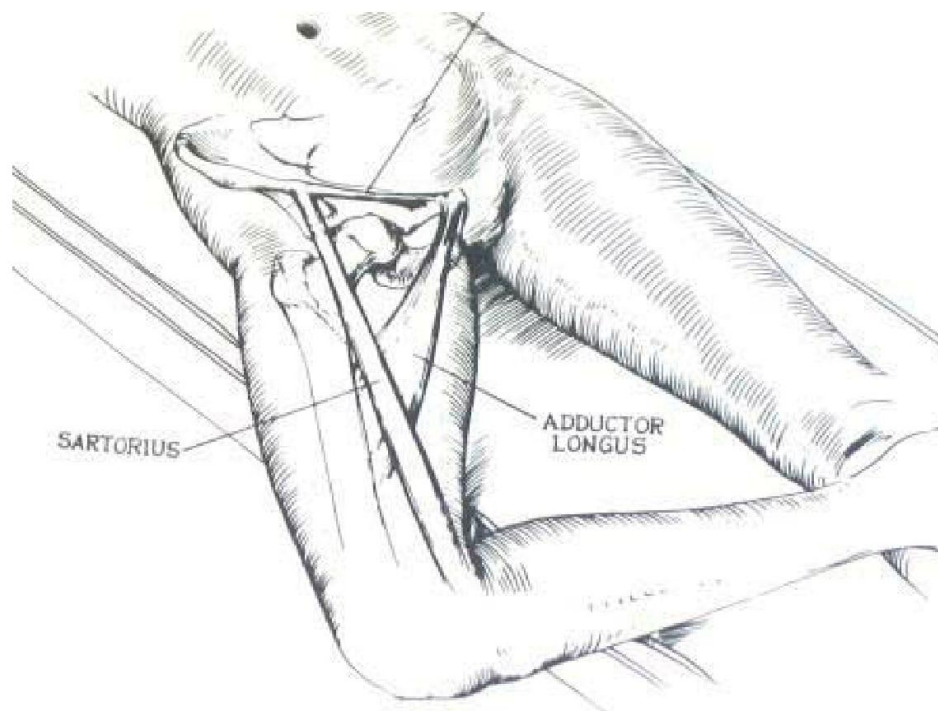
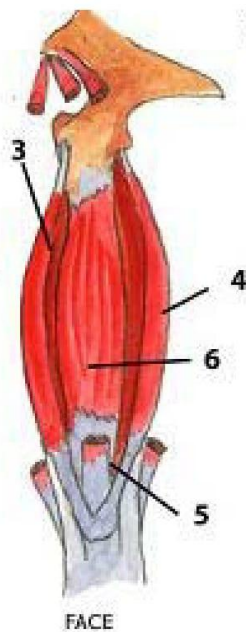
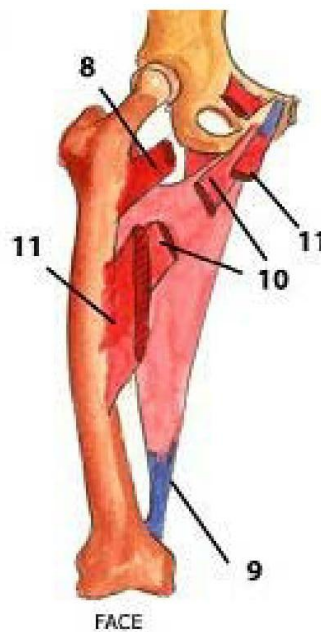


Illustration N°20

- 1 - Grand fessier
- 2 - Tenseur du fascia lata
- 3 - Vaste externe
- 4 - Vaste interne
- 5 - Droit antérieur
- 6 - Crural
- 7 - Couturier (sartorius)
- 8 - Pectiné
- 9 - Grand adducteur
- 10 - Petit Adducteur
- 11 - Moyen adducteur
- 12 - Biceps fémoral
- 13 - Iliaque
- 14 - Psoas
- 15 - Droit interne



FACE



FACE

Le muscle ilio-psoas : pathologies distales

Docteur François Prigent

1 - Le conflit ilio-psoas / prothèse de hanche,

2 - La bursopathie ilio-pectinée, Le ressaut antérieur

L'anatomie

Constitué de deux corps musculaires, psoas et iliaque, ils constituent un tendon commun, qui s'insère sur le petit trochanter.



Anatomie du muscle ilio-psoas

- Le psoas

Le psoas naît de la face antérieure des vertèbres lombaires, des bords des corps vertébraux et des disques.

- L'iliaque

L'iliaque prend ses origines au niveau des 2/3 supérieurs de la fosse iliaque interne et de la lèvre interne de la crête.

Venant se confondre avec celui du psoas, son tendon se termine au niveau du petit trochanter.

C'est le principal muscle fléchisseur de la hanche agissant sur la cuisse ou le tronc en fonction du point fixe.

Pour évaluer sa rétraction, le sujet est placé sur le dos. L'une de ses jambes pend en dehors de la table, l'autre est fléchie progressivement. Elle doit pouvoir être amenée sur le tronc, sans que l'autre membre ne décolle de la table.

1 / Le conflit iliopsoas / prothèse de hanche

- La clinique

Après l'implantation, il apparaît des douleurs au niveau de l'aîne.

L'apparition peut être précoce, dès le premier mois, mais parfois retardée jusqu'à 3 ans.

A l'interrogatoire, le patient décrit une douleur au niveau du creux inguinal, lors des mouvements actifs de flexion de hanche. Il est, surtout, très gêné à la montée des escaliers ou lorsque qu'il veut hisser son membre inférieur sur le plan du lit ou pour monter en voiture.

A l'inspection, il existe une esquive du pas postérieur à la marche.

A la palpation, les douleurs antérieures sont constantes mais difficile à localiser précisément.

A l'examen, la contraction résistée se recherche de deux façons :

- Le patient, en décubitus dorsal, élève son membre inférieur tendu entre 30° et 45°. La douleur déjà présente spontanément est exacerbée contre résistance manuelle.
- Le patient, en position assise, en bord de table, genou fléchi, doit lever son genou, là encore contre résistance. La flexion active de hanche contrariée entraîne des douleurs inguinales.
- La douleur est exacerbée par la pression simultanée du creux inguinal en dehors des vaisseaux fémoraux (point gâchette). La mobilisation passive de la hanche est indolore.

- L'imagerie

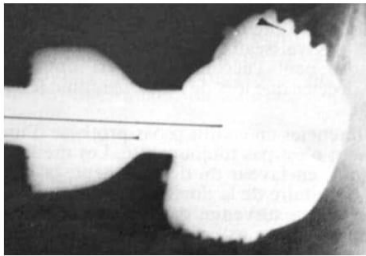
Les radiographies standard (face, profil) permettent de suspecter un défaut d'antéversion de la cupule prothétique. Elle peut confirmer l'utilisation d'une cupule de diamètre trop important.

la spécificité dynamique de l'échographie montre bien le conflit (à coupler au scanner).

Le scanner est ici l'examen de référence, permettant l'étude précise de la cupule céphalique quant à son positionnement, son volume, son débord antérieur éventuel. On peut ainsi mettre en évidence un conflit antérieur responsable de la tendinobursopathie.

Avec la large utilisation du titane comme matériau prothétique les coupes de la partie caudale de l'acétabulum sont bien interprétées par un radiologue expérimenté.

L'IRM est INinterprétable du fait de la présence de métal.



Saillie antérieure du cotyle



Le point-gâchette est située à 2 cm en dessous du ligament inguinal et à 2 doigts en dehors de l'artère fémorale

Avant de poser le diagnostic de souffrance ou d'irritation de l'iliopsoas, un test diagnostique avec un anesthésique local, pratiqué sous contrôle tomodensitométrique, est utile.

L'infiltration est effectuée en regard du bord antérieur de la capsule, au contact de l'iliopsoas. Sa positivité permet de confirmer la tendinobursopathie comme cause de la douleur.

- Les diagnostics différentiels :

Il faut éliminer des douleurs de la charnière dorso-lombaire : douleur à la palpation des articulaires postérieurs (irritation de la branche ilio-inguinale) et les contractures localisées.

- Le traitement

Le traitement médical

Une infiltration thérapeutique, utilisée dans le test diagnostique, peut avoir un effet thérapeutique avec une guérison complète. Son efficacité, à terme, est inconstante.

Le traitement chirurgical

C'est le seul efficace pour beaucoup. Il doit être adapté au diagnostic clinique et à l'imagerie :

- La ténotomie du tendon iliopsoas semble une solution intéressante.
- Le changement de la cupule, lorsqu'il existe une rétroversion trop importante.

- La prévention :

Il convient d'éviter toute saillie antérieure de la cupule par rapport à l'acétabulum, En cas de dysplasie, il peut persister un débord antérieur. La capsulectomie antérieure ne doit pas se pratiquer au ras de l'acétabulum, permettant une "protection" du tendon iliopsoas.



Tendon du Psoas en saillie

sur le cotyle : Zone chevalet

2/ La bursopathie ilio-pectinée

La bourse ilio-pectinée est présente chez 98 % des adultes. C'est la plus grande bourse de glissement de l'organisme. A l'état normal ses 2 feuillets sont plaqués et la cavité est virtuelle.

Elle est située entre le muscle iliopsoas et la face antérieure de la capsule de la hanche. Une communication entre la cavité articulaire et la bourse est rare, elle est anormale, mais presque constante en cas de coxopathie.

Les bursopathies sont souvent secondaires à une coxopathie. De début brutal ou progressif, le liquide synovial sous pression de la cavité articulaire pénètre par effraction dans la bourse.

- La clinique

On peut noter une douleur inguinale, une masse palpable allongée en dehors des vaisseaux fémoraux ou, plus rarement, une compression nerveuse avec cruralgie.

La marche esquive le pas postérieur ou se fait en double flexion de hanche et du tronc.

La bourse pathologique est de taille très variable.

On recherche une douleur par pression de la bourse sur la branche ischio-pubienne en un point situé 2 cm en dessous de l'arcade crurale et en dehors du pouls fémoral.

La coxarthrose, l'ostéonécrose, la coxite rhumatoïde peuvent aussi se compliquer d'une bursopathie ilio-pectinée. Elle peut également se voir après la pose d'une prothèse totale.

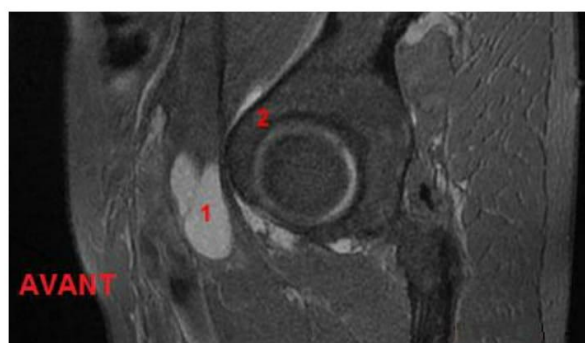
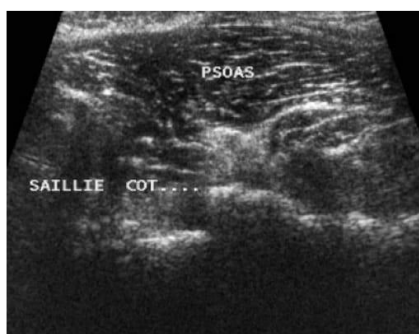
- Les examens complémentaires

La radiographie standard montre le plus souvent la coxopathie originelle.

Le diagnostic de bursite est fait avant tout par l'échographie.

D'autres examens peuvent être demandés :

- une bursographie ;
- un scanner couplé à une arthrographie, qui permet de voir la communication avec la bourse ;
- et bien sûr, l'IRM.



Echographie : Saillie focale du cotyle **IRM : 1 / bourse ilio-pectinée 2 / cotyle (acetabulum)**

- Les diagnostics différentiels

Il existe d'autres causes de masse inguinale : hernie, hématome, anévrisme artériel ou thrombose veineuse, adénopathie. L'imagerie pose le diagnostic.

- Le traitement

Pour les formes primitives, on associe repos relatif, glaçage et anti-inflammatoires.

La ponction évacuatrice est guidée dans le repérage par l'échographie. On effectue habituellement dans le même temps une injection d'un dérivé cortisoné. Le traitement des formes secondaires varie selon le type de coxopathie.

Intérêt de l'imagerie dans les pathologies du Psoas :

- L'échographie.

1 - **Le conflit tendino-cotyloïdien (1)** est bien connu après arthroplastie de hanche, pour laquelle la spécificité dynamique de l'échographie montre bien ce conflit (à coupler au scanner).

Il s'observe également chez certains sportifs et, en particulier, chez ceux qui effectuent des sauts de haie. Un remaniement hyperéchogène diffus, bien visible par comparaison au côté opposé, s'observe, englobant le versant profond du tendon au contact de la corticale. Une infiltration écho-guidée est facilement effectuée dans ce type de lésions

2 - **La bursite (2)** est visualisée sous la forme d'une image anéchogène, souvent ovalaire. La bursite du psoas se développe soit au versant postéro-latéral du muscle, soit en postéro-médial en regard de la face postérieure des vaisseaux fémoraux.

La communication avec l'interligne coxofémoral est très rarement visualisée, justifiant le recours à l'arthrographie, mais une ponction-infiltration sous échoscopie peut être réalisée.

3 - **Les lésions musculaires basses et la désinsertion musculo-tendineuse .**

Elle présente des images essentiellement hyperéchogènes en phase précoce.

4 - **La pathologie de l'insertion distale du tendon est fréquemment méconnue**

Au stade précoce : épaissement hypoéchogène de l'enthèse sur le petit trochanter.

Cet aspect s'accompagne d'une douleur élective à la palpation, confirmant le diagnostic.

5 - **Le ressaut antérieur** (fiche à part) est une atteinte bénéficiant également de la spécificité dynamique de la technique, qui s'accompagne d'un artefact tout à fait typique au Doppler couleur. Le facteur étiologique de ce ressaut n'est, par contre, que très rarement visualisé.

- La tomodensitométrie (scanner)

Le scanner est irremplaçable pour évaluer un éventuel conflit psoas-cupule prothétique.. Cette examen sera alors couplé à l'échographie dynamique. Les cupules en titane, souvent utilisées actuellement, permettent de limiter les artefacts métalliques.

Le scanner recherchera aussi une atteinte osseuse vertébrale surajoutée ou un ressaut antérieur, à la recherche d'une anomalie osseuse sous-jacente.

- L'IRM

Cet examen est ininterprétable en présence de métal, quelle qu'il soit (titane ou autre).

L'IRM peut s'avérer utile en cas de lésion myotendineuse si l'échographie est insuffisante.

Sur les coupes sagittales passant par le psoas, on visualise parfaitement la convexité antérieure du muscle venant "crafter" le cotyle, expliquant l'étiologie des conflits.

- **L'arthrographie** est utile en cas de bursite pour confirmer la communication avec l'interligne articulaire et effectuer une éventuelle infiltration.



Travail électif du Psoas contre élastique



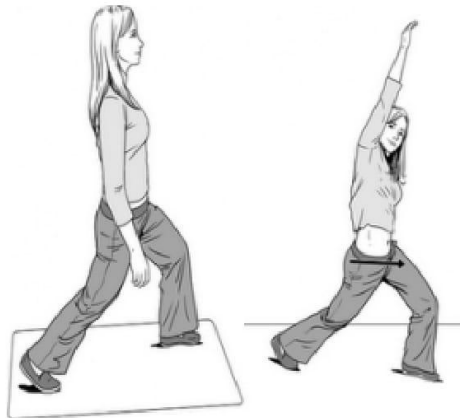
Etirement du Psoas

Etirement du Psoas

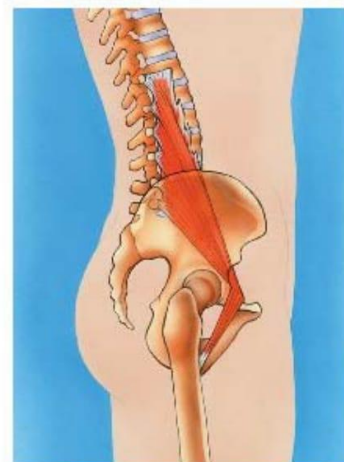
COUCHER :



DEBOUT : L'étirement du psoas est accentué en contractant le fessier de la jambe arrière et en élevant le bras du même côté vers le ciel, tout en expirant !



GOLF : le drive

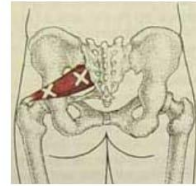
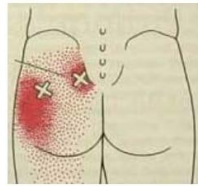


soit

Syndrome du Piriformis (muscle pyramidal)

Docteur François Prigent

Ce syndrome reste un **diagnostic d'exception** retenu après avoir formellement éliminé toute autre cause. Il se définit comme une sciatalgie tronquée par compression du nerf sciatique dans le canal sous-pyramidal. C'est une **douleur profonde de la fesse** qui irradie à la face postérieure de la cuisse et dépasse rarement le genou. Elle ne déborde pas la partie haute de la fesse et il n'y a jamais de participation lombaire.

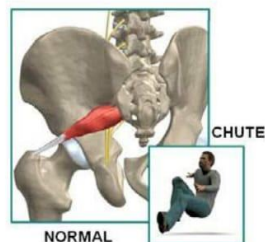


Les douleurs sont déclenchées par les marches de longue durée et la position assise prolongée. La pratique de la course à pied est responsable du syndrome ainsi que la pratique de la bicyclette. Les efforts de soulèvement, la montée des escaliers, la flexion antérieure du tronc peuvent être douloureux.

PLUSIEURS CAUSES peuvent être recherchées

Les **traumatismes du muscle** représentent l'une des causes les plus souvent retrouvées :

- soit traumatisme violent par chute sur la fesse et dont les traces peuvent parfois être retrouvées à l'IRM.
- soit micro-traumatismes répétés notamment par la selle de la bicyclette.



Les malformations anatomiques du nerf sciatique

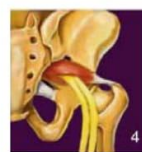
La disposition « normale » n'existe que dans 80 % des cas. Chez 20 % des patients une ou les deux branches nerveuses passent à travers le muscle pyramidal. Le nerf qui passe à travers le muscle peut, alors, être « pincé » en rotation interne lorsque la fente se referme sous l'effet de la mise en tension du muscle.



Normal : 80 %



Inf + Trans: 15%



Double Trans : 4 %



Inf + Sup: 1%

L'**hypertrophie ou la contracture du muscle** se retrouvent surtout en pathologie sportive.

Le syndrome se caractérise par des douleurs survenant à l'effort induisant l'arrêt de l'activité en cours.

Les **causes morphostatiques**, soit l'inégalité de longueur des membres ou l'hyperlordose, peuvent entraîner une augmentation de la tension du piriformis et du nerf sciatique responsable du syndrome du pyramidal.

L'EXAMEN CLINIQUE

Signes négatifs : Il n'y a aucun signe rachidien. De même l'examen de la hanche est totalement négatif. Ils doivent faire évoquer une origine tronculaire surtout dans un contexte d'antécédent de chute sur la fesse.

Les signes positifs :

La palpation profonde de la fesse peut induire une douleur provoquée au bord latéral du sacrum et retrouve parfois le muscle pyramidal contracturé, palpable sous la forme d'un boudin (« saussage mass »).

Docteur François Prigent

Clinique St.louis . Poissy.

☎ 01.30.74.85.82

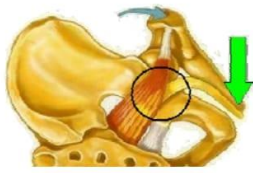
Trois manoeuvres spécifiques sont jugées positives si elles réveillent la douleur :

* *la manoeuvre de Freiberg* : le patient en décubitus dorsal. Le membre inférieur symptomatique placé en extension est progressivement amené en adduction et rotation interne.

* *la manoeuvre de Pace et Nagle* : le patient est en décubitus dorsal, le genou fléchi à angle droit.

L'examineur place ses mains à la face externe du genou et résiste à une abduction forte et prolongée.

* *la manoeuvre de Beatty* : le patient est en décubitus latéral du côté sain. Celui-ci doit élever son membre en abduction et rotation externe et le maintenir quelques « pouces » au-dessus de la table



Manœuvre de Freiberg



Manœuvre de Pace



Manœuvre de Beatty

LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES sont d'une importance considérable

Les radiographies standard du bassin et de la hanche sont normales.

Le scanner peut montrer l'hypertrophie du muscle du côté symptomatique.

l'IRM peut, aussi, être normale ou montrer une hypertrophie ou des zones intra musculaire cicatricielles.

L'électromyogramme est sans conteste l'examen décisif. Il doit être précis. Il permet de différencier l'atteinte radiculaire de l'atteinte tronculaire. Il permet aussi de préciser le niveau de la compression en étudiant les muscles innervés par les nerfs fessiers supérieur et inférieur, les potentiels somesthésiques, les vitesses de conduction. Il étudie le réflexe H. d'abord en décubitus dorsal puis en adduction, flexion, rotation interne : position où le retard moyen est important / au côté opposé (2,66 ms versus 0,36 ms).

LE TRAITEMENT CONSERVATEUR doit toujours être le premier temps

Éliminer tous les facteurs favorisants : correction d'une inégalité de longueur, d'une hyperlordose. En pathologie sportive deux impératifs priment : repos sportif total et correction des technopathies.

Les techniques d'étirement sont essentielles qu'elles soient réalisées par un kinésithérapeute ou surtout par le patient lui-même (auto-étirement).

Pour un syndrome droit : le patient est allongé, membre inférieur gauche tendu. Le pied droit est placé à la face externe du genou. La position est maintenue. L'étirement est augmenté en tirant le genou vers le dedans, jusqu'à 60 sc. L'exercice doit être répété plusieurs fois dans la journée par séries de 5 ou 10.



Technique standard



Les infiltrations locales : la voie d'abord est dans la fesse, au bord latéral du sacrum. Une première injection d'anesthésique local est effectuée. Si la douleur est supprimée et s'il n'existe aucune paresthésie après 5 minutes un corticoïde local est injecté.

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL doit répondre à une certitude diagnostic et à un échec du traitement médical

C'est une section du tendon du muscle pyramidal parfois associée à la neurolyse du nerf sciatique.



Le ressaut antérieur de hanche

« *Le moins fréquent des ressauts de hanche* »

Docteur François Prigent

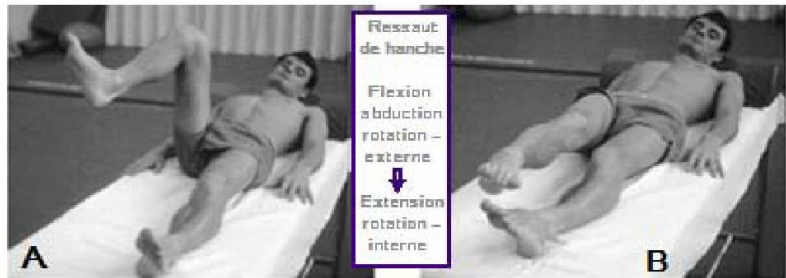
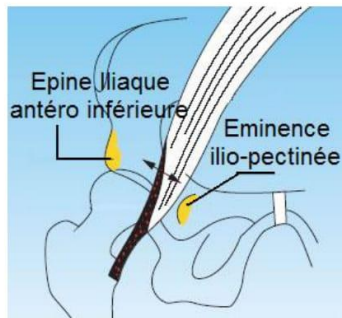
- La clinique :

Le symptôme est un claquement sourd, profond, situé dans le creux inguinal lors des mouvements actifs de la hanche, mouvements de flexion vers l'extension. La douleur est variable, majorée par la répétition des efforts. Le mode de début est soit brutal, soit progressif. La douleur peut précéder le ressaut. Il n'y a pas de douleur en passif.

L'examen clinique est simple. On contrôle en premier lieu la mobilité complète de la hanche. On reproduit le ressaut lors de mouvements effectués de manière active.

Le ressaut s'effectue en demandant au patient de porter sa hanche de la flexion à l'extension

A/ En flexion de hanche, la cuisse écartée, le pied tourné vers l'extérieur : flexion + abduction - rotation externe. **B/** Le déclic dans l'aine se produit lors du passage en extension - rotation int. Le mouvement est actif. Il n'existe aucun ressaut si la manœuvre est effectuée en passif. La palpation au niveau du pli de l'aine permet habituellement de repérer la corde du psoas.



- Physiopathologie

Dans la majorité des cas, il s'agit du ressaut du tendon du psoas sur l'éminence ilio-pectinée. Ce ressaut, s'explique par la tension du tendon du psoas, sa direction et sa réflexion sur le bord antérieur du bassin. Cette zone représente un véritable chevalet pour le tendon du psoas.

- L'imagerie permet d'éliminer d'autres causes

La radiographie permet de dépister des corps étrangers radio-opaques ou une dysplasie.

L'échographie permet de visualiser directement le ressaut : examen réalisé en priorité.

L'arthrographie et la bursographie élimine une chondromatose, une lésions du bourrelet.

- Le traitement ne s'envisage que s'il existe une gêne fonctionnelle.

Le traitement médical est toujours utilisé dans un premier temps.

La kinésithérapie utilise les étirements pour tenter de diminuer la tension du psoas.

Le déficit fréquent des rotateurs, pousse à un renforcement spécifique.

Les injections de corticoïdes dans la bourse séreuse, semblent plus efficaces.

Le traitement chirurgical : La décision chirurgicale n'est pas facile à prendre.

C'est une section de la lame aponévrotique postérieure en fonction de la place du ressaut.

Certains préconisent la section du tendon, avec une diminution de la force de flexion de hanche. Globalement, les résultats post-chirurgicaux sont bons.

La reprise de l'activité sportive est habituellement possible dans un délai de 1 à 8 mois.