

46^{ème} Congrès de Médecine Manuelle-Ostéopathie
Ploërmel, 15 Octobre 2011. Dr Th. CHARLAND

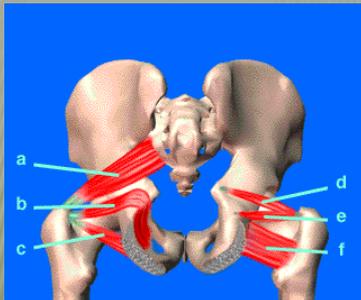


PATHOLOGIES MUSCULO-TENDINEUSES DE LA HANCHE

INTRODUCTION

- * Lésions musculaires des Membres inférieurs, fréquentes
- * Rôle du sport
- * M inférieurs : Quadriceps, Droit fémoral, IJ, Triceps sural
- * Bassin, hanche : Adducteurs et IJ
- * Pelvitrochantériens, Fessiers, Psoas iliaque
- * Précocité du diagnostic ← → Evolution

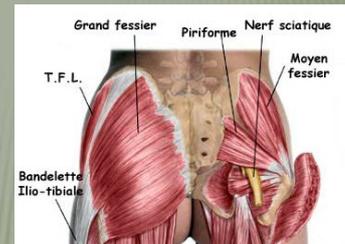
MUSCLES PELVITROCHANTERIENS



muscles pelvi-trochantériens
vue de dessous et de derrière
a: pyramidal - b: obturateur interne
c: obturateur externe - d: jumeau supérieur
e: jumeau inférieur - f: carré crural

LEUR ACTION

- * Piriforme → RE + ABD
- * Obturateur interne → RE + ABD
hanche fléchie
- * Jumeaux → RE
- * Obturateur externe → RE + ABD
hanche fléchie
- * Carré fémoral → RE + ADD



⇒ **Rotation latérale +
Fixation de la tête
fémorale**

MÉCANISME LESIONNEL



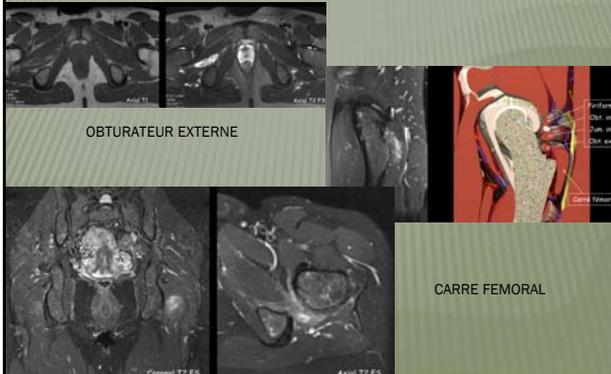
Traumatisme intrinsèque (ou choc direct post)
Contraction violente et contrariée du muscle, lors d'un
mouvement d'amplitude limitée mais de grande énergie.

CLINIQUE

- * Survenue aigüe
- * Peut évoluer par étapes
- * Douleur latérale ou fessière
- * Reproduite par le mouvement nocif
- * Testing des rotateurs



EXAMENS COMPLEMENTAIRES : IRM

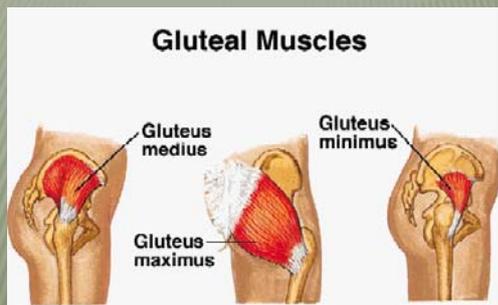


CONCLUSION

- ✗ Lésions peu fréquentes
- ✗ Partie haute de la loge médiale de la cuisse
- ✗ Stéréotypées dans leur condition de survenue
- ✗ Evolution rapide avec peu de gêne fonctionnelle
- ✗ Place de l'IRM
- ✗ Pronostic favorable



TENDINOBURSITES DES GLUTEUS MEDIUS ET MINIMUS



RAPPEL ANATOMIQUE

Muscle Glutéus médius

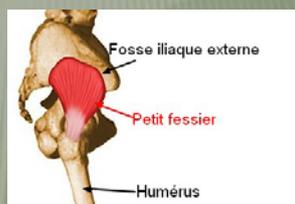
- + Origine : Fosse iliaque externe, crête iliaque et aponévrose fessière
- + Terminaison en capuchon sur le grand trochanter
- + Bourse séreuse entre le GT et le tendon
- + Faisceaux ant => RI + FLECH
- + Faisceaux post => RE + EXT
- + Dans son ensemble : ABD de la cuisse



RAPPEL ANATOMIQUE

✗ M Glutéus minimus

- + Origine : Fosse iliaque externe
- + Terminaison : Face ant du grand trochanter
- + Bourse séreuse au niveau de son insertion
- + Action : RI + ABD



INSERTIONS / GRAND TROCHANTER



Figure 11 - Vue latérale du grand trochanter : ant = face antérieure (insertion du petit fessier) ; sup et lat = bord supérieur et face latérale où s'insère le moyen fessier.

EPIDEMIOLOGIE

- ✗ Age > 50 ans
- ✗ 4 fois plus fréquent chez les femmes
- ✗ Rôle du sport
- ✗ Autres causes de douleurs du GT:
 - + Fracture de stress du col
 - + Douleur rachidienne
 - + Tumeurs
 - + Pathologie coxofémorale



© Volker Minkus

INTERROGATOIRE

- ✗ « **Greater trochanteric pain syndrome** » GTPS
 - + Douleur : fesse , face latérale de hanche , aine
- ✗ Le plus souvent :
 - + Douleur irradiant à la face lat de cuisse (Pseudo L5)
 - + Lever de la position assise
 - + Montée d'escalier
 - + Marche , course à pied
 - + Douleur nocturne à l'appui

EXAMEN CLINIQUE



- ✗ Boiterie de Trendelenburg
- ✗ Douleur à la palpation

EXAMEN CLINIQUE



- ✗ Tests isométriques
- ✗ Amplitudes hanche : N
- ✗ Ex rachidien normal ++



EXAMENS COMPLEMENTAIRES

✗ RADIOGRAPHIE



Calcifications
Enthésopathie

✗ ECHOGRAPHIE

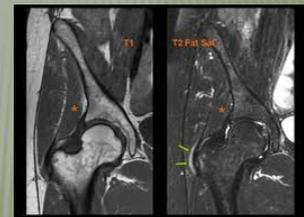


Hypoéchogénéité
Désorganisation , rupture
Bursite

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

✗ IRM

- + **Péritendinite** : Oedème des tissus mous
- + **Tendinopathie** : Epaissement, hypersignal T2
- + **Rupture partielle** : abs focale de fibres tendineuses
- + **Rupture totale** : discontinuité tend ou avulsion d'un fragment osseux



TRAITEMENT



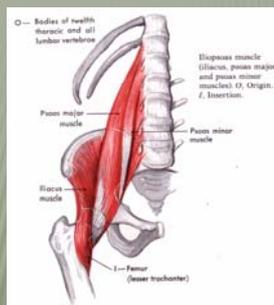
- × Repos
- × Traitement médicamenteux
- × Infiltration
- × Ultrasons
- × Ondes de choc
- × Etirements
- × Renforcement musculaire

TRAITEMENT

	Renforcement + stretching	Infiltration	ODC
1 mois	7% guérison et amélioration majeure	75%	13%
4 mois	41%	51%	68%
15 mois	80%	48%	74%

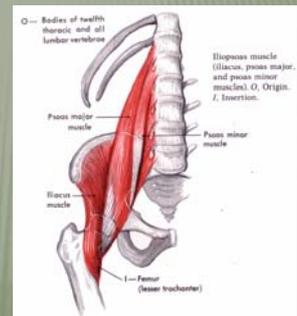
Rompe J.D. et al. *Am J Sports Med* 2009

PATHOLOGIE DE L'ILIO-PSOAS



RAPPEL ANATOMIQUE

- × 2 corps musculaires :
 - + **L'iliaque** : triangulaire, monoarticulaire, insertion proximale sur la face médiale de l'aile iliaque
 - + **Le Psoas** : polyarticulaire, insertions proximales sur la face ant et lat de T12 à L5. Traverse la partie profonde de la fosse iliaque où il rejoint l'iliaque
 - + **La jonction myotendineuse**
 - + **Tendon distal** : Face post du petit trochanter dont il est séparé par une bourse synoviale.



ACTION

- × Statique : Maintien postural rachidien
- × Phasique : Action différente si bilatérale ou non
- × Fléchisseur ++ de hanche
- × Plus accessoirement RE et ADD
- × Point fixe fémoral :
 - + Cont° bilatérale => hyperlordose
 - + Cont° unilatérale => Inclinaison homolatérale et rotation controlatérale du segment lombaire.

SIGNES CLINIQUES

- × Douleur inguinale avec gêne à la marche, à la course ou au lever après position assise prolongée.
- × Triade :
 - + Sensibilité à la palpation
 - + Douleur à l'étirement passif
 - + Tests isométriques en position assise ou en décubitus



LES ENTITES LESIONNELLES

1 - Lésions de la jonction myotendineuse :

- + Désinsertion à l'interface entre tendon et fibres musculaires.
- + Signes cliniques variés (articulation coxofémorale proche) => plusieurs dg différentiels Fracture de fatigue souvent évoquée
- + Dg par échographie ou IRM

2 - Tendinopathies

- + Beaucoup plus rares
- + Rupture tendineuse exceptionnelle
- + Echo et IRM : modifications d'épaisseur et de signal ou d'échogénéicité
- + Enthésopathie
- + Avulsion traumatique chez l'enfant



Garçon de 12 ans
Pôle France Tennis de Table, 20 h /semaine
Douleur 1/3 sup de face médiale de la cuisse droite
Apophysose d'insertion à l'insertion du psoas



- x Marin
- x Lombalgie lors d'une transat
- x Hyperlordose
- x Hypertrophie du muscle
- x Raideur

x Bursopathies

- La plus volumineuse de l'organisme
- Communique avec la coxofémorale dans 15% des cas et 30% en cas de coxopathie
- Chez le sportif, elles peuvent être primitives
- Rx standard, Echographie, IRM : Collection liquidienne versant médial du Muscle et du Tendon, en dh des Vx et en Av de la capsule.

Le Ressaut tendineux :

- + Médial, sportifs, danseuses
- + Tendon Iliopsoas
- + Mouvements de Flexion ABD, RE



✗ **Ressaut de l'iliopectineux**

- + Flexion, ABD, RE de hanche
- + Translation médiale du tendon
- + Incarcération des fibres médiales de l'iliaque sous la jonction myotendineuse du psoas
- + Lors du retour, les fibres médiales se libèrent brutalement, le T du psoas est projeté sur le rameau pubien sup.



EXAMEN CLINIQUE



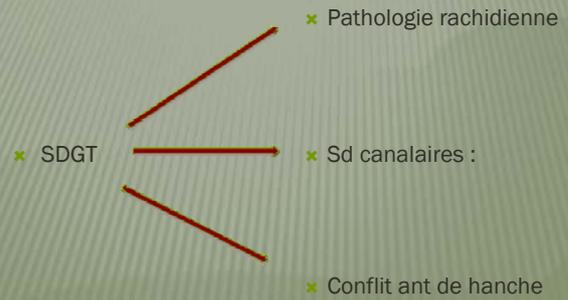
- ✗ Manœuvre de FLEXION / ABDUCTION/ R EXT dite « de la grenouille »
- ✗ Claquement lors du retour à la position neutre
- ✗ Diagnostic : Echographie dynamique

TRAITEMENT

- + Etirements de l'iliopectineux
- + Renforcement Rotateurs
- + Correction geste technique
- + Infiltrations échoguidées
- + (Chirurgie)

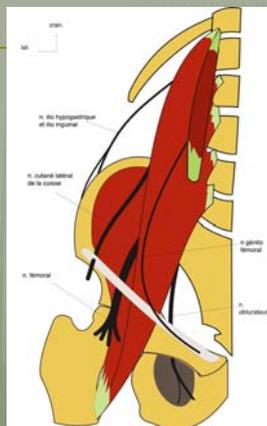


DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS

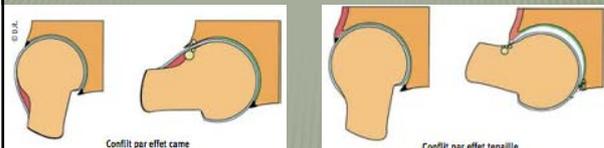


Syndromes canauxaires

- + N Ilio-hypogastrique
- + N Ilio-inguinal
- + N génito-fémoraux



DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL



CONFLITS ANTERIEURS DE HANCHE



CONCLUSION

- ✘ Atteintes tendino-musculaires à ne pas méconnaître
- ✘ Rôle important de la pratique sportive
- ✘ Diagnostic doit être précoce
- ✘ Importance de l'échographie et/ou de l'IRM
- ✘ Syndrome Douloureux du Grand Trochanter

MERCI DE VOTRE ATTENTION