





Douleurs fessières chroniques d'effort. Données cliniques étiologiques

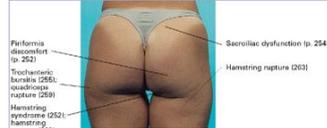
Jehan Lecocq



Multiples étiologies des fessalgies ou pygalgies

Origine **topographique** de la douleur :

1. à distance de la fesse
2. au pourtour immédiat
3. origine locale



→ **examen programmé, systématique et complet** de toutes les structures pouvant être en cause

→ **bilan para-clinique** hiérarchisé et orienté souvent nécessaire

Interrogatoire + + + : douleur

- **Caractéristiques temporelles + + +**
 - Douleur survenant **strictement à l'effort** (disparaissant donc totalement au repos) rare à la fesse en dehors des pathologies artérielles et/ou irradiant au MI (claudication) en raison de :
 - **facteurs positionnels** aggravants ou déclenchants (assis, décubitus dorsal ou latéral, debout) → plupart des douleurs fessières d'étiologie « **mécanique** » **ou non** sont fréquentes au repos ou pour des efforts minimes de la vie quotidienne (fond douloureux ± permanent). Réveils nocturnes ?
 - durée d'évolution : **chronique** (retard diagnostique)
- → **retentissement fonctionnel** ≡ **intensité** :
 - variable; obligation d'arrêt de l'effort ou de la position ?
 - profession, APS, AVQ

Interrogatoire + + + : douleur

- **topographie : précision + + +** → montrer avec doigts
 - diffuse, punctiforme, zone maximale ou de départ
 - irradiations : lombes, sacrum, coccyx, crêtes iliaques, flanc, périnée, cuisse, face externe de la hanche, pli inguinal
 - uni ou bilatéral
 - autres douleurs plus à distance
- **type de douleur : neuropathique** (score DN4), crampes, paresthésies,...
- **efficacité des traitements et des positions**
- **autres symptômes à l'effort ou non** : fatigue « des membres inférieurs », modification de coloration cutanée, œdème, steppage,

Examen physique systématique (anatomie +++)

1. Inspection: toutes les positions, marche, équilibre pelvien
2. **Palpation + + + +**
 1. peau : cellulalgie
 2. reliefs osseux : rachis, ceinture pelvienne
 3. muscles (points gâchette) et tendons
3. Mobilisations articulaires périphériques et du rachis
4. Manœuvres de contraction et d'étirement des muscles
5. Examen vasculaire et neurologique des MI
6. **Toucher rectal ±** : palpation précise des os et muscles
7. Examen général (poids, CV, neuro, abdomino-pelvien,...)

Nombreuses étiologies (hors vasculaire)

- Infections localisées (ou générales : Lyme) et tumeurs des os ou tissus mous
- Pathologies du rachis lombaire et dorsal
- Pathologies articulaires sacro-iliaques et coxo-fémorales
- Coccygodynies
- Pathologies osseuses du bassin postérieur : fractures de contrainte
- **Pathologies des muscles et tendons fessiers et pelvi-trochantériens :**
 - tendinopathies : grand trochanter, ischion
 - **syndromes myofasciaux (+ muscles lombaires)**
 - **syndromes canauxaires**
 - (cicatrices traumatiques musculo-aponévrotiques : ossification, nodule fibreux, kyste séreux, hématome enkysté, déchirure ou désinsertion séquellaire, ...)
 - (syndrome de loge d'effort : exceptionnel)

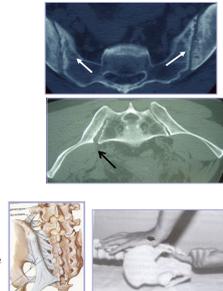
Douleurs projetées d'origine rachidienne

- Conflits radiculaires** : hernie discale, discopathies protrusives, ostéophytes, canal lombaire étroit, foramen rétréci, kyste de Tarlov
- Arthrose zygapophysaire** L4-L5, L5-S1
- Spondylolisthésis**, anomalies jonctionnelles lombo-sacrées
- Suites de **chirurgie** lombaire +++
- Dérangement inter-vertébral mineur** et syndrome cellulo-teno-myalgique
 - Lombaire bas → myalgie fessière L5 ou S1, cuisse, dl. sacro-coccygienne
 - Charnière dorso-lombaire → cellulalgie fessière, face externe hanche, cuisse (face int.),...
- Ligaments ilio-lombaires ?**



Fessalgies d'origine sacro-iliaque ou coccygienne

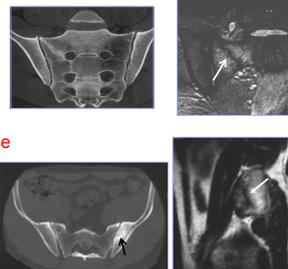
- Articulation sacro-iliaque** : nombreuses manœuvres ± validées
 - Spondyliarthropathies inflammatoires (± rachialgies)
 - arthrose (conflit radiculaire ou plexuel)
 - dysfonction mécanique
 - séquelle traumatique ou d'accouchement
 - blocage ou sub-luxation micro-traumatique
- Coccygodynie**
 - Douleur focalisée, irradiation fessière accessoire, plutôt irradiation périnéale
 - Physiopathologie et étiologies discutées (traumatisme ± déplacement, syn. myofascial releveur anus, lésion artic. sacro-coccygienne, projection lombaire,...



Fractures de contrainte du sacrum et de l'aile iliaque

- plutôt aigu ou sub-aigu : lombo-sacralgies, fessalgie ± sciatalgie
- manœuvres sacro-iliaques +
- imagerie indispensable : IRM, scintigraphie, TDM

- Fracture par insuffisance osseuse (ostéoporose)** : sacrum
- Fracture de fatigue sportif** : rare
 - Cisaillement chez le coureur à pied d'endurance
 - Pour l'aile iliaque ≠ ostéose condensante (stade pré-fracturaire ?)



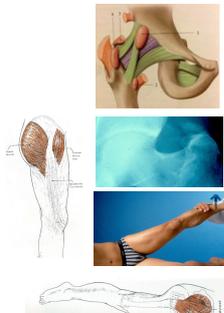
Articulation coxo-fémorale

- Douleur fessière rarement isolée ou au 1^{er} plan
 - liée à **contracture** des muscles pelvi-trochantériens
- Douleur associée plus classique de la face externe de la hanche
 - liée à **tendinopathie** satellite des moyen et petit fessier
- Toutes les coxopathies : pour dl. d'effort plutôt C. « mécaniques » : arthrose, PTH, ONA, ostéochondrite, ostéochondrome, fracture fatigue du col, **conflit antérieur du sportif**,...



Tenobursites des moyen et/ou petit fessier

- grand trochanter** : plusieurs bourses
 - face externe : moyen fessier
 - bord/face antérieure : petit fessier
 - ± calcification
 - parfois rupture partielle ou complète
- station debout et marche : stabilisation frontale du bassin
- ressaut externe du **tenseur du fascia lata** : déclenché par déhanchement



Tendinopathie des ischio-jambiers sur la tubérosité ischiatique

- Fessalgie inférieure : **pli fessier** ; ↗ assis
- Pseudo **sciatalgie** ou vraie sciatalgie tronculaire
- Lésions**
 - enthésopathie (fibro-cartilage)
 - bursite
 - avulsion osseuse chez adolescent
- Sports assis et course à pieds



Concept de syndrome **myofascial** (SMF) développé par les Drs Travell et Simons : **fréquent**

- 1. Douleur régionale**
précise, aigue ou le plus souvent chronique, de type mécanique
- 2. Origine à distance dans 1 muscle contenant 1 ou plusieurs points-détente ou trigger points silencieux (petite contracture localisée)**

reste de l'examen (dont rachis) et explorations paracliniques normales → **diagnostic d'élimination**

surmenage et/ou traumatisme mineur musculaires

S. myofascial du longissimus du thorax se traduisant par une douleur fessière : pseudo syndrome charnière thoraco-lombaire

Autres SMF référant à la fesse

6 muscles pelvi-trochanteriens

→ syndromes myofasciaux
 syndromes canaux (et vasculaires)
 → EMG

→ Syndrome de la traversée pelvi-glutéo-fémorale ?

Syndrome du muscle piriforme (pyramidal)

- SMF ± syndrome canalaire du nerf sciatique lors de la traversée pelvi-glutéo par le foramen infra-piriforme
 - Série de 733 cas de Fishman en 10 ans
 - Retard diagnostique moyen : 6,2 ans
 - Nombre moyen de médecins : 6,5

vie postérieure du bassin et de la hanche droite (Travell JG et Simons DG 92)

Syndrome du muscle piriforme

- douleur fessière ± face post cuisse (± tout MI)**
 - Non impulsive
 - Position assise prolongée, marche
 - ± paresthésies
 - ± douleur périnée (compression nerf pudendal)
- Étiologies**
 - traumatisme fessier parfois minime
 - position assise prolongée, sports « assis »
 - marche, course à pieds : RE concentrique puis excentrique quand pied en appui au sol (freinage rotation bassin)
 - troubles morphostatiques
 - Inégalité de longueur MI (côté le + court) ++++**
 - antéversion fémorale, pieds pronateurs, hyperlordose lombaire
 - Contracture réflexe : Coxopathies, sciatologie S1

Signes cliniques

- ± signe de Lasègue
- ∩ foramen infra-piriforme**
 - en étirant et/ou contractant le piriforme
- Palpation
 - entre bord du sacrum 3 travers de doigt sous l'EIPS et bord supérieur grand trochanter
 - par toucher rectal au dessus épine sciatique

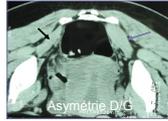
FAIR-test : Flexion + Adduction + Rotation Intérieure

Rot int passive_max puis rot ext active_isométrique_max

Position de stretching : flexion > 90° et rotation externe passive (devient rotateur interne en flexion > 90°)

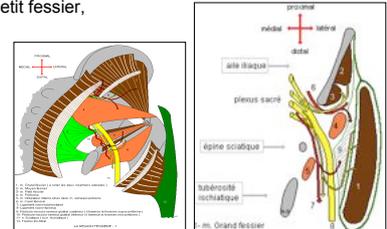
Mécanisme(s) des syndromes canaux des pelvi-trochantériens

- Cicatrice fibreuse post-traumatique ou post-compressive
- Hypertrophie musculaire : rôle discuté ? pas nécessaire au diagnostic
- Variante rapport nerf/muscle : rôle discuté
- Contracture
 - réflexe
 - ischémique
 - syndrome myofascial
- S. de loge ?



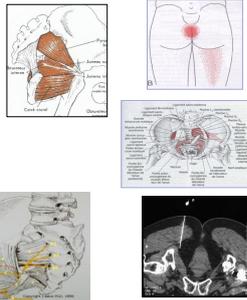
Syndrome canalaire du nerf glutéal supérieur

- foramen supra-piriforme
- Innervation moyen et petit fessier, tenseur du fascia lata
- Très rares publications
- Douleur fessière
- Signe de Tinel ?
- SMF piriforme
- EMG : ± dénervation musculaire



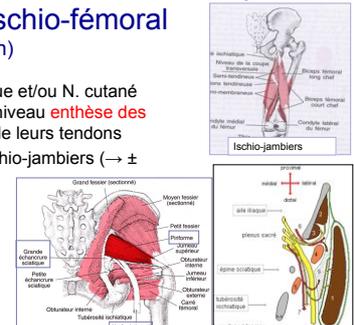
Syndrome du muscle obturateur interne (+ 2 jumeaux engainant son tendon)

- Douleur ano-coccygienne, pelvienne, fesse, face post cuisse, : ↗ assis
- Examen :
 - Au-dessus tubérosité ischiatique vers bord sup grd trochanter
 - TR : en partie recouvert par élévateur anus
 - rot int passive hanche ↘, ± boiterie
 - mêmes signes que piriforme
 - bursite entre épine sciatique et t ischiatique
- compression nerf sciatique, nerf pudendal



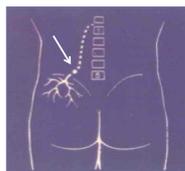
Syndrome canalaire du nerf sciatique dans l'espace ischio-fémoral (syndrome de Puranen)

- Compression du N. sciatique et/ou N. cutané postérieur de la cuisse au niveau **enthèse des ischio-jambiers** ou le long de leurs tendons
- Séquelles traumatiques ischio-jambiers (→ ± signes de tendinopathie)
- Lasège assis ou debout prolongé
- Rôle du carré fémoral ?
- Diagnostic difficile : EMG ? imagerie ?



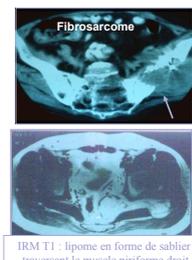
Syndromes canaux des rameaux perforants des nerfs cluniaux supérieurs (L1, L2, L3) au passage de la crête iliaque (J.Y. Maigne)

- Douleur fessière haute
- Friction monodigitale de la crête iliaque
- Diagnostic différentiel avec un syndrome de la charnière thoraco-lombaire (pas de DIM)
- Test infiltratif



Douleur « mécanique » ou d'effort ne doit pas faire exclure une lésion musculaire ou osseuse inflammatoire, infectieuse ou tumorale

- **Explorations paracliniques** orientées par l'examen clinique et hiérarchisé en cas de doute diagnostique, de signes de gravité ou d'échecs thérapeutiques
 - Bilan sanguin
 - Radigraphies standard bassin + rachis lombaire
 - puis
 - Signes plutôt tissus mous : échographie puis IRM
 - Signes plutôt ostéo-articulaires bassin : TDM ou IRM
 - Signes rachidiens : IRM
 - Signes musculaires et/ou neurologiques : EMG



Tests thérapeutiques loco-régionaux à but diagnostique souvent nécessaires si bilan négatif

- Médecine manuelle ostéopathe
- Kinésithérapie
- Tests infiltratifs radio-guidés



Conclusion

- **Nombreuses causes de douleur fessière** : examen clinique méthodique guidé par l'anatomie et la biomécanique
- Bilan complémentaire souvent nécessaire



Merci pour votre attention