

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

GRENOBLE ALPES

Date 21/10/2017

« la pubalgie »

Dr François BOTTERO

Le cas clinique

Patient de 26 ans,

Footballeur, bon niveau amateur

ATCD : multiples entorses chevilles

HDM : contexte de reprise

augmentation niveau

changement de surface : herbe => synthé

douleur progressive et méca au niveau de l'aine

surtout lors de la passe/shoot intérieur

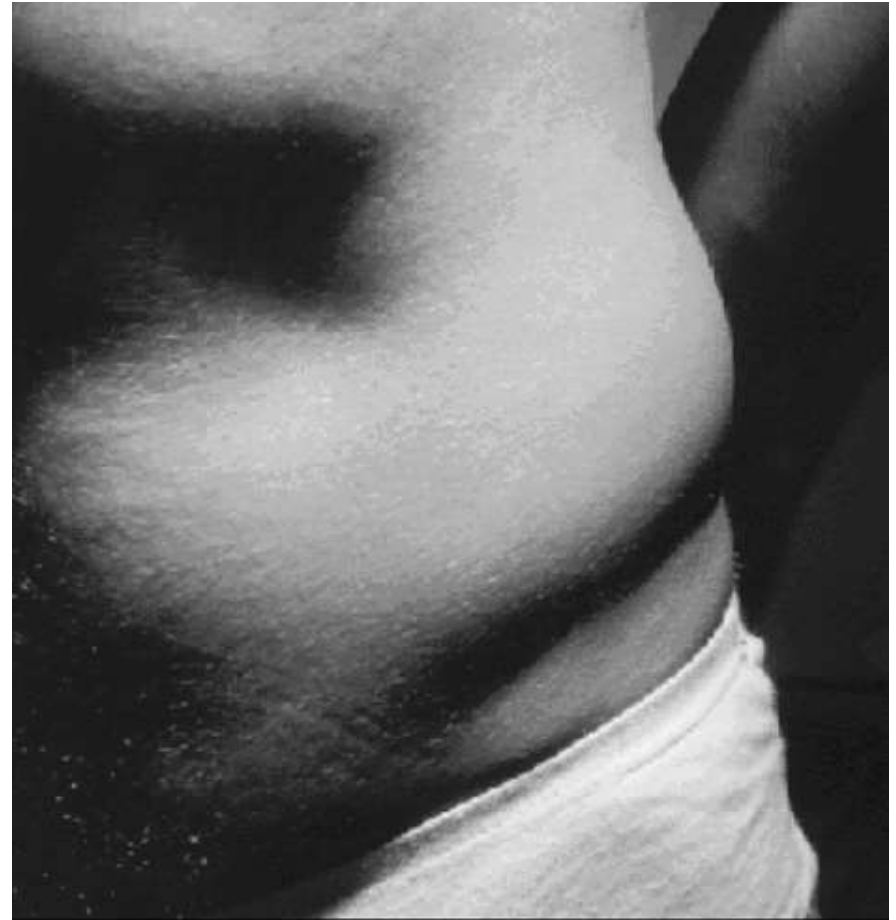
Internet => « j'ai la pubalgie »

L'examen clinique

- Pas de boiterie
- Palpation douleur insertion long adducteur
- Mobilités de hanches ok
- Orifice inguinal libre, pas de SFU ni anomalie digestive
- Dynamique: douleur étirement + contraction

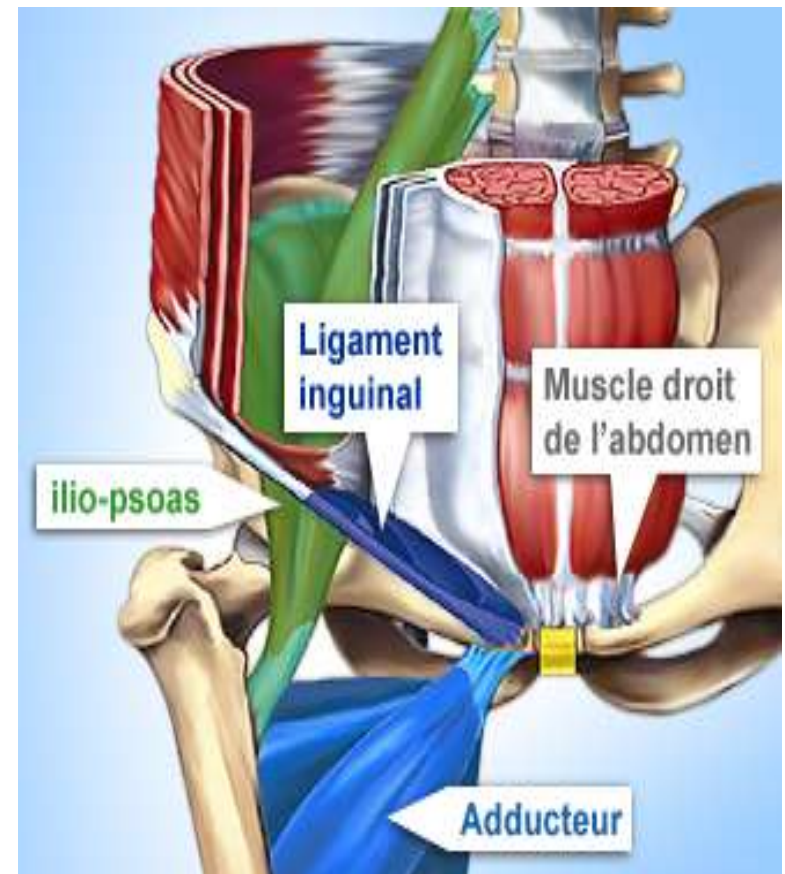
Testing musculaire

- Raideur Q + IJ + add + psoas
- Force musculaire MI ok mais add > moyen fessiers
- Bon tonus grands droits shirado et Sorensen > 90s
- Pas de malgaigne



La pubalgie ? Les pubalgies !

- Un mot fourre tout
- Un carrefour musculaire
- Une pathologie complexe

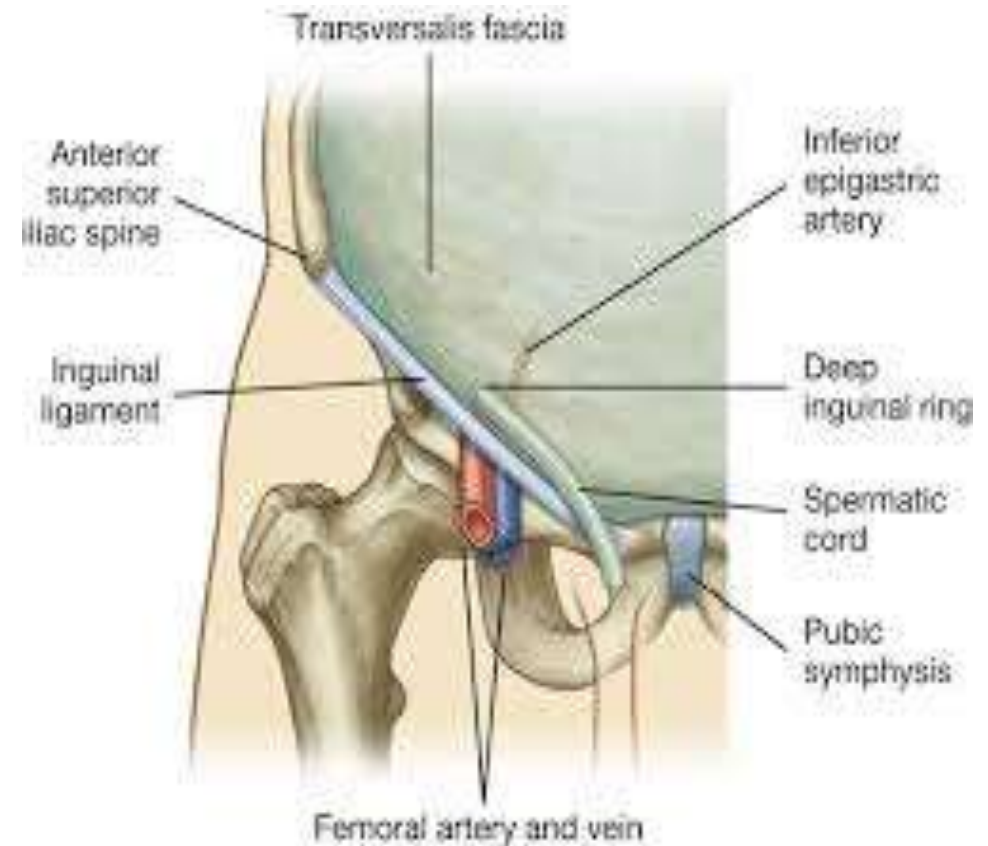


Les 3 formes de pubalgies

- Pariéto abdominale (sus pubienne)
- Symphysaire
- Myo-tendineuse (sous pubienne)

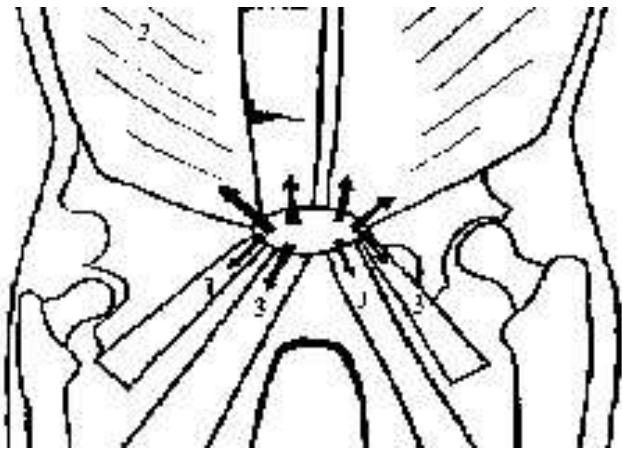
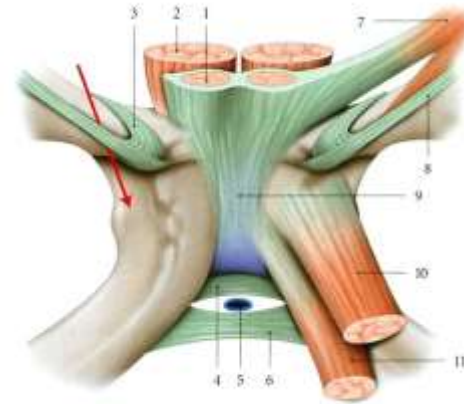
Pariéto-abdominale

- Zone de faiblesse du Fascia transversalis
- Parfois hernie
- Douleur hyperpression abdo
- Parfois associée à sd canalaire



Forme symphysaire

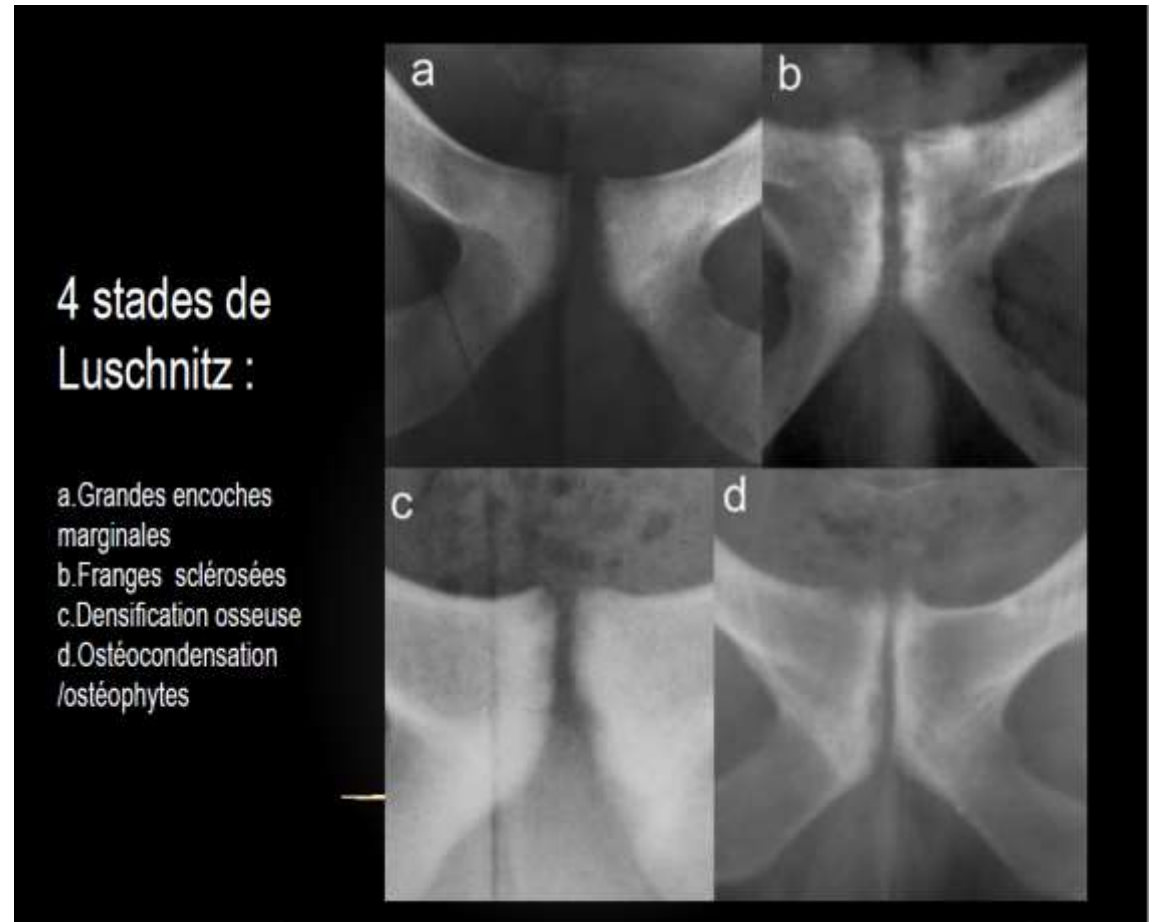
- Amphy-arthrose
- fibrocartilage médian + ligaments puissants
- => peu de mobilité



- Grosses contraintes de cisaillement
- favorisées par ↘
mob. de hanche

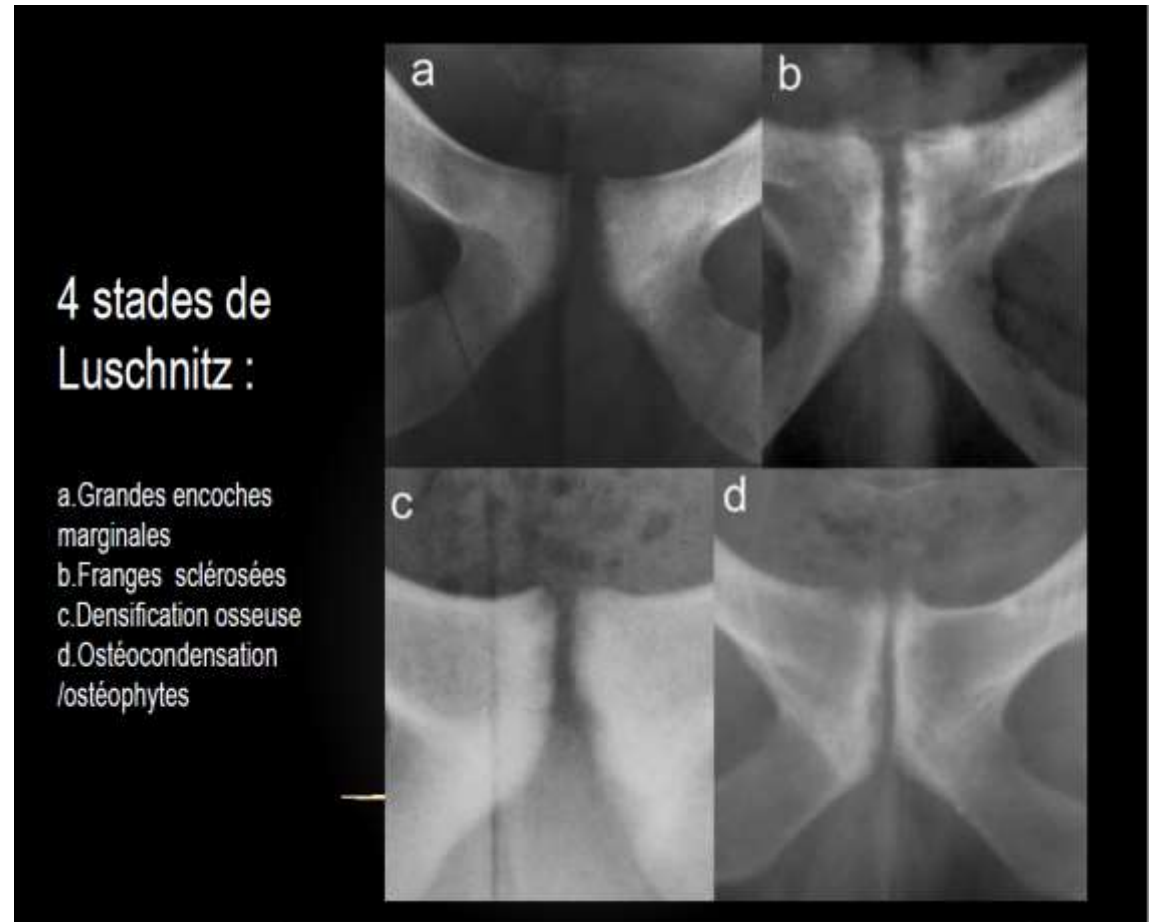
Forme symphysaire

- Douleur reproduite à compression cisaillement
- Évolutivité des lésions
- Mauvaise corrélation radio-clinique



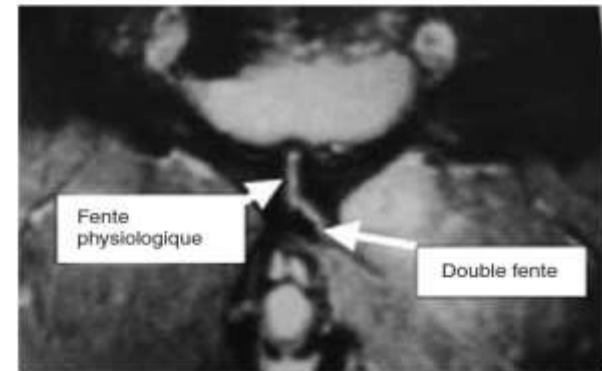
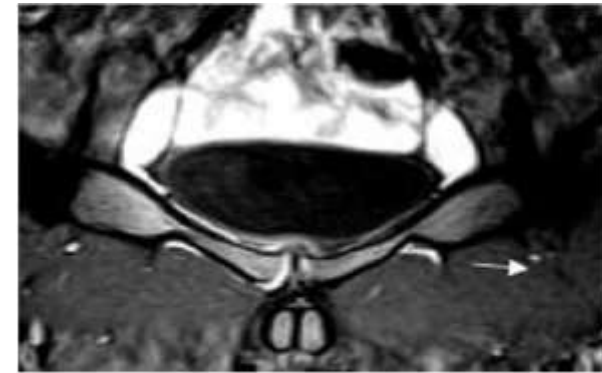
Forme symphysaire

- Douleur reproduite à compression cisaillement
- Évolutivité des lésions
- Mauvaise corrélation radio-clinique

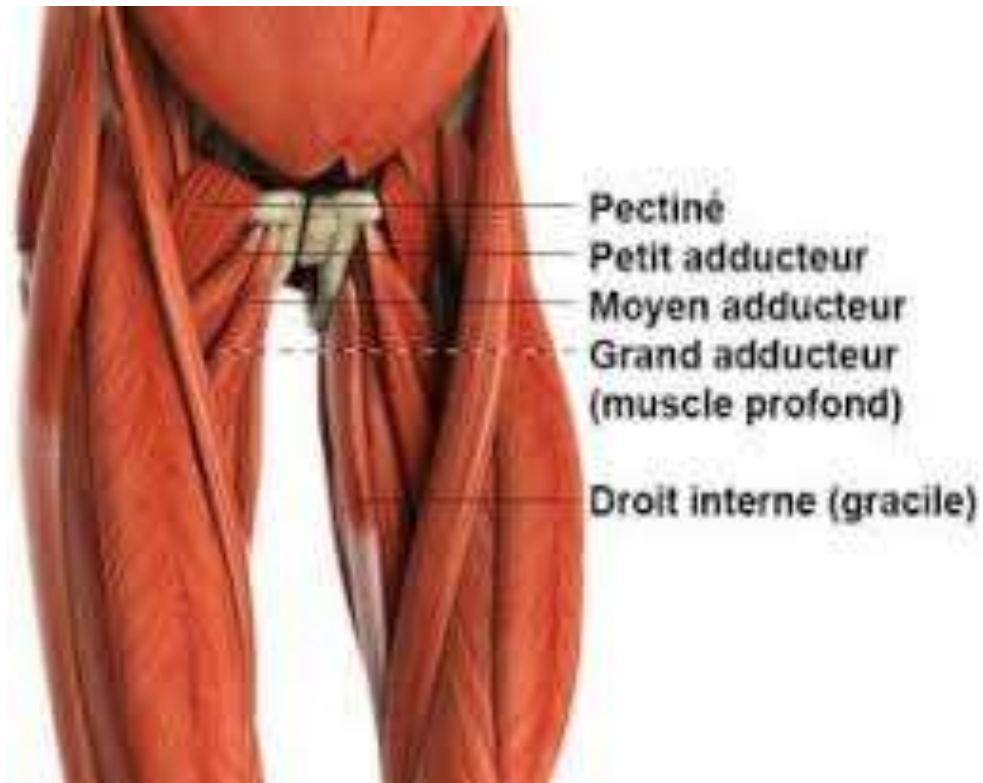


Forme symphysaire

- Examen de référence : l'IRM
 - Odème osseux
 - Liseré marginal
 - Double fente
 - Fente accessoire
 - Irrégularités, ostéophytes ...



Forme myo-tendineuse



- Topologie de la lésion :
 - Corps musculaire
 - Jonction myo-aponévrotique
 - Enthèse (insertion fibro-cartilagineuse)

Forme myo-tendineuse

- Stade de la lésion
- Clinique

- Classification de blazina

	Expression de la douleur
STADE 1	Douleur après l'effort, survenant au repos, sans répercussion sur l'activité sportive
STADE 2	Douleur apparaissant pendant l'effort, disparaissant après l'échauffement, puis réapparaissant avec la fatigue
STADE 3a	Douleur permanente lors du sport, limitée à l'entraînement
STADE 3b	Douleur permanente lors du sport, pouvant entraîner l'arrêt, marquée par une gêne dans la vie quotidienne
STADE 4	Rupture du tendon

- Palpation
- Étirement
- Contraction

Imagerie

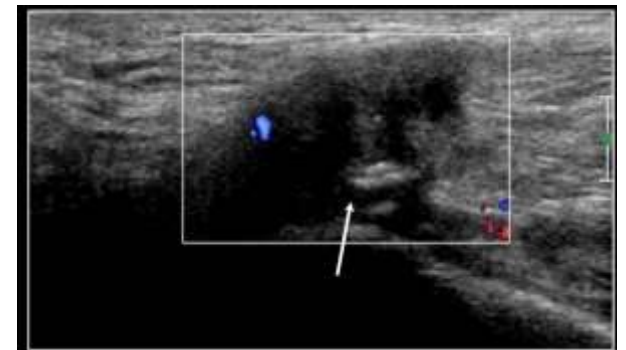
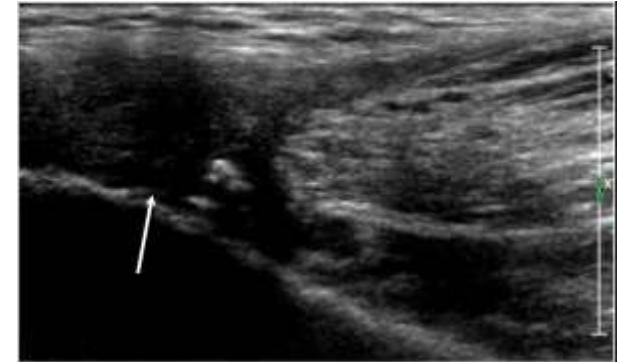
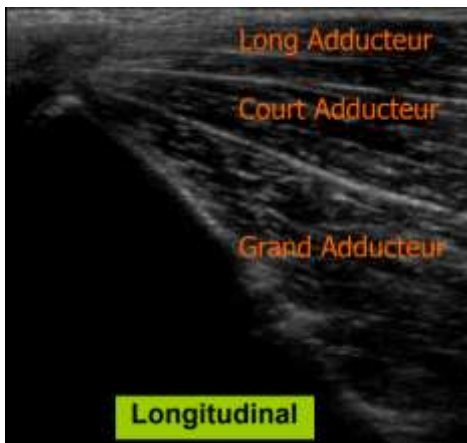
- Radio

- recherche désinsertion



- Écho

- confirme l'existence de la lésion
- précise son siège exact



Imagerie

- Écho : oui mais ...
 - Opérateur dépendant
 - Brièveté des tendons
 - Localisation parfois difficile
 - si doute : IRM

Le traitement

- Repos sportif 3 à 6 semaines puis reprise progressive
- AINS
- Kinésithérapie
 - Physio AI (cryo, US, ondes de choc)
 - Étirements chaînes sous pelviennes, remplacement bassin
 - Renforcement excentrique, rééquilibrer antagonistes
 - Gainage abdo
- Si échec : PRP (6 mois, fissuraire)
- Si échec : ténotomie

Merci de votre attention.

Dr François BOTTERO