

Journée de Traumatologie du Sport 14 novembre 2009 : Pathologie du complexe pelvi-fémoral du sportif.

Pathologie du complexe pelvi-fémoral du sportif.

Pour les auteurs M Cohen et JM Coudreuse, en présence d'une douleur inguinale chez le sportif, lorsque l'examen clinique permet de suspecter la responsabilité de l'iliopsoas, il est impératif d'éliminer d'autres lésions et, en tout premier lieu, une atteinte de l'articulation coxo fémorale. Dans cette démarche, le recours à l'imagerie médicale est incontournable pour le diagnostic positif et différentiel. Dans le plupart des cas, le traitement des lésions de l'iliopsoas repose sur la rééducation. traitent des pathologies de l'iliopsoas.

La désinsertion proximale du tendon commun des ischiojambiers.

Pour l'auteur JF Kouvalchouk la désinsertion haute est rare. Le diagnostic de lésion récente est en général facile, aidé par l'échographie ou l'IRM réalisées le plus précocement possible. Son traitement est chirurgical.

Pour les lésions anciennes, le diagnostic en est plus difficile et l'IRM s'impose. Le traitement ne peut-être là aussi que chirurgical avec réinsertion ischiatique du tendon désinséré.

Imagerie des lésions musculaires traumatiques méconnues de la hanche.

Pour B Roger, il s'agit de muscles profonds qui ne sont pas accessibles à toutes les techniques d'imagerie. L'IRM est l'examen de choix avec un signal intermédiaire sur les séquences T1 et un signal relativement bas sur les séquences T2. En cas de traumatisme, l'IRM identifie 4 stades par l'analyse des modifications morphologiques et de signal.

Tests cliniques et douleurs d'origine sacro-iliaque.

Pour B Tamalet, qui reprend les différents tests sacro-iliaques, test de compression, test de distraction, test de Patrick, test de Gaenslen, test du trépied, le 4P test, et le drop test. On dit en général que lorsqu'il y a beaucoup de test, c'est que aucun n'est vraiment satisfaisant. Ici On parle de souffrance sacro-iliaque si 3 tests sont positifs.

Pathologie sacro-iliaque et activité sportive.

Pour Y Desmarais, seul un examen clinique précis permet d'identifier une lésion ligamentaire, cartilagineuse, nerveuse, ou osseuse, examen faisant éventuellement appel à des tests anesthésiques. La radiographie est de mise, mais l'IRM est incontournable. Les pathologies les plus fréquentes sont le dérangement, les arthropathies mécaniques, les arthropathies inflammatoires et les pathologies ligamentaires.

Pathologies de l'articulation coxofémorale. Valeur des tests cliniques.

Pour J Rodineau comme dans toute affection ostéo-articulaire la clinique demeure prépondérante pour aboutir au diagnostic de coxarthrose, de lésion du labrum, de conflit antérieur fémoro acétabulaire, d'ostéonécrose avasculaire (ONA) ou de tendinobursites pérochantériennes. On peut utiliser un inclinomètre pour mesurer les 6 mouvements passifs fondamentaux. Cet examen clinique est le premier temps incontournable du diagnostic d'atteinte de l'articulation coxofémorale, complété par une évaluation fonctionnelle.

Justification d'une imagerie sophistiquée dans une hanche à clichés radiographiques normaux.

Pour G Morvan les pathologies les plus fréquentes sont la coxarthrose débutante, l'ostéonécrose aseptique de la tête fémorale, l'algoneurodystrophie, les fractures de fatigue, les bursites et tendinites. Les pathologies plus rares sont les coxites infectieuses ou

inflammatoires au début, la chondromatose synoviale, la rétraction capsulaire primitive, les tumeurs bénignes ou malignes, et la fissure du bourrelet. En seconde intention seront proposées une ponction de hanche, une IRM ou un arthroscanner selon le cas.

Luxation de hanche sans fracture au cours d'activités sportives.

Pour Y Catonné il s'agit toujours d'un traumatisme violent, où le sport ne représente que 3% des étiologies. Ski alpin, ski nautique et football sont les pourvoyeurs principaux. Le traitement repose sur la réduction orthopédique précoce sous anesthésie générale. Les luxations récidivantes sont exceptionnelles et sont traitées le plus souvent par butée.

Lésions chondrales : du diagnostic au traitement.

Pour JP Bonvarlet un bilan clinique et complémentaire s'impose pour faire la part des choses au plan fonctionnel personnalisé pour choisir un traitement médical ou chirurgical. La chirurgie peut être conservatrice ou arthroplastique.

La hanche du footballeur.

Pour E Rolland, le morphotype permet une surveillance des sujets à risque. L'antéversion du bassin s'accompagne d'une hyperlordose lombaire et d'une rétroversion du cotyle. Cela favorise la pubalgie du footballeur et le conflit antérieur de hanche.

L'incidence est la somme de la pente sacrée et de la version pelvienne. La pente sacrée est l'angle du plateau sacré avec l'horizontale. La version pelvienne est l'angle de la ligne qui relie le centre du cotyle avec le milieu du plateau sacré et la verticale. Une incidence faible expose à des problèmes de dos et de hanche. Une incidence forte facilite l'adaptation aux aptitudes physiques.

Prothèse de hanche et activités sportives.

Pour T Judet le PTH depuis 1947 les résultats de cette chirurgie lorsqu'elle n'a pas posé de problèmes tendent à devenir parfaits. En fonction du sport pratiqué, les risques d'usure, de luxation, de rupture ou de décèlement sont évidents. En l'absence de problèmes, lorsque le patient le souhaite, il n'y a pas lieu de lui imposer de limites formelles de pratique sportive en dehors des sports à impacts violents à condition qu'il soit correctement informé bien entendu.

La pubalgie ou les pubalgies.

Pour JB Courroy, la pubalgie est un fourre tout dans lequel on range l'arthropathie pubienne, la pathologie inguinale, l'insuffisance pariéto abdominale, la tendinopathie des grands droits, ou la tendinopathie d'insertion des adducteurs.

Il souhaite depuis plusieurs années réduire le cadre de ce diagnostic aux lésions fibro aponévrotiques et à la lésion du fascia transversalis de l'orifice inguinal profond. Pathologie dont le traitement chirurgical par intervention de Nésovic puis Schouldice donne d'excellents résultats.

Le traitement médical et préventif de la pubalgie.

Pour P Rochcongar depuis 1983, depuis l'analyse de A Durey qui a insisté sur le rôle fondamental de la protection rachidienne (et notamment de la lutte contre l'hyperlordose), de l'équilibre de la ceinture abdominale, et de la nécessité d'adapter la charge de travail à l'âge et au niveau de pratique, le nombre de pubalgie a subi une décrue.

La prévention depuis 15 ans repose sur l'échauffement, les étirements, la charge d'entraînement, les changements climatiques, et la musculation.