Association québécoise
des médecins du sport

Bonjour cher membre !

Toujours dans le cadre d'une collaboration avec les responsables des différents stages disponibles pour les résidents en médecine du sport, nous vous présentons un 2e cas intéressant.

N'oubliez pas que si vous avez des questions supplémentaires ou cherchez des références sur le sujet, cela pourra être disponible via un courriel à info@aqms.org

Nous en profitons pour vous rappeler que les coordonnées pour les stages sont disponibles sur http://www.aqms.org/page2_4_2.html

Sans plus tarder, voici le cas que l'on vous expose aujourd'hui !

Sportivement vôtre,

Les communications de l'AQMS

2e cas clinique
Médecine du sport
Par Louis Gabriel Pinard – Université de Sherbrooke

Il s'agit ici du cas d'un jeune joueur de soccer âgé de 14 ans qui présente une pubalgie gauche récidivante.

Il a d'abord reçu un premier diagnostic de tendinite des adducteurs de la hanche gauche à l'âge de 11 ans qui a évolué favorablement avec un traitement conservateur. Cependant, depuis 9 mois, notre patient a eu 5 récidives de pubalgie gauche d'apparition subite en situation de jeu (freinage brusque, frappe du ballon). Il a toutefois connu chaque fois une évaluation favorable avec physiothérapie et arrêt de jeu allant jusqu'à un mois. Enfin, il a ressenti un

pincement lors de sa dernière partie, malgré un retour au jeu progressif (jogging -> accélération -> exercice avec ballon sans grosse frappe). À notre examen physique, on remarque que le pli fessier droit est plus haut que le gauche. Les amplitudes de mouvements de la hanche sont normales, les mouvements contre résistance sont négatifs. On note toutefois une légère douleur à la palpation du site d'insertion des adducteurs sur le pubis gauche.

Discussion

La pubalgie de l'athlète est une entité clinique qui pose plusieurs défis, tant au niveau diagnostic que thérapeutique. La première description appartient à l'Italien Spinelli, en 1932, qu'il nomme la pubalgie de l'escrimeur. Plusieurs appellations et descriptions divergentes suivront. Benzini le décrira en 1985 comme un syndrome douloureux de surmenage du carrefour inguinopubien, survenant dans le cadre d'un entraînement intensif quotidien, principalement chez les sportifs posant certains gestes techniques particuliers (accélération, changement de direction rapide, botté, mouvements latéraux).

La pubalgie de l'athlète atteint typiquement les hommes aux extrêmes de la carrière sportive, avec des pics d'incidences vers 17-18 ans ainsi que vers 30-35 ans. Certains sports sont plus sujets à entraîner ce genre de blessure, tels le soccer, le hockey, la brasse et le rodéo. Les femmes sont pratiquement épargnées par ce syndrome, car certaines différences anatomiques de leur bassin leur confèrent une stabilité accrue.

La situation biomécanique du pubis est particulière et complexe. D'abord, une continuité anatomique et fonctionnelle existe entre la musculature abdominale et les adducteurs de la cuisse. En effet, l'insertion de l'oblique externe et du grand droit se confond à l'insertion du gracilis et du long adducteur à l'avant de la symphyse pubienne. Ainsi, les muscles abdominaux, le gracilis, le long adducteur, les ischiojambiers et les fessiers travaillent de pairs pour assurer le maintient de la stabilité du bassin lors de la station unipodale. En bref, il s'agit d'un carrefour où s'opposent plusieurs vecteurs de forces entre les différents groupes musculaires qui s'y rattachent, permettant ainsi d'importants transferts de force entre le rachis et les membres inférieurs.

La pubalgie de l'athlète est probablement le résultat final commun d'étiologies multifactorielles. On observe généralement un déséquilibre musculaire entre des adducteurs puissants et rétractés contre des muscles profonds de l'abdomen trop faibles. Il en résulte une antéversion du bassin via une hyperextension de l'abdomen et une hyperabduction des cuisses. Dans ce contexte, un

entraînement intensif mène au développement de multiples microavulsions tendineuses au site d'insertion des abdominaux et/ou des adducteurs. Ce syndrome en est donc un de surmenage, rarement de nature inflammatoire.

Typiquement, la pubalgie a un début insidieux, c'est-à-dire un inconfort progressif en fin d'entraînement. Un début brutal peut également survenir suite à un mouvement d'adduction et de rotation externe forcé, par exemple lors d'un changement de direction ou d'un botté. La douleur est localisée au pubis et peut irradier vers l'abdomen, la cuisse antérolatérale, le testicule ou le périnée. La douleur est insidieuse, elle survient au début et à la fin de l'entraînement, puis le matin suivant. Elle peut être exacerbée par le valsalva, l'appui unipodal, l'accélération, le changement de direction et la frappe de la balle.

L'examen physique est souvent frustre, le patient devenant souvent asymptomatique après un bref arrêt de jeu. On peut observer une hyperlordose, des adducteurs cours et puissants. Selon le cas, une douleur sera ressentie à la palpation d'une ou l'autre des insertions tendineuses du pubis et à certains mouvements résistés tel l'adduction des cuisses. Il demeure important de toujours effectuer un examen physique exhaustif puisqu'il s'agit d'un diagnostic clinique d'exclusion.

L'imagerie est souvent peu utile pour poser le diagnostic. La résonnance magnétique peut être utilisée lorsqu'un traitement chirurgical s'impose.

Le traitement médical est très efficace lorsqu'il est bien effectué. Les principes de base consistent en un retour progressif à l'exercice, toujours sans douleur. On doit améliorer la stabilité lombopelvienne en renforçant les muscles abdominaux profonds et en relâchant les sources de tension du pelvis via différents étirements de la hanche.

L'échec du traitement conservateur survient généralement suite à une période de repos inadéquate et à une progression inappropriée. En effet, la période de réadaptation peut souvent sembler longue pour l'athlète qui ne ressent aucun symptôme dans l'exercice de son quotidien. C'est pourquoi ce problème a souvent tendance à récidiver.

Plusieurs techniques chirurgicales existent pour les cas réfractaires. Elles visent soit à relâcher les adducteurs, telle la ténotomie percutanée, soit la remise en tension des abdominaux profonds, telle la technique Nesovic (exploration et myofascioplastie).

En conclusion, la pubalgie de l'athlète est une pathologie multifactorielle encore mal définie. En effet, il n'y a pas de consensus clair sur les critères diagnostic et

les indications chirurgicales. Peu d'études prospectives randomisées ont été menées à ce jour sur le sujet. Malgré tout, il existe un traitement médical certes laborieux, mais efficace.

Références

Cunningham P.L., Patterns of Bone and Soft-Tissue Injury at the Symphysis Pubis in Soccer Players: Observations at MRI, American Journal of Roentgenolog, 2007; 188:W291-W296

Brukner P., Khan K., Clinical sports medecine, McGraw-Hill, 3rd edition, 2006

Meyers W.C et all, Understandins «sport hernia» (athletic pubalgia), Operative techniques in sports medicine, 2007, 165-177

Meyers W.C, Greenleaf R., Saad A., Anatomic basis for evauation of abdominale and groin pain in Athletes, Operative techniques in sports medicine, 2005, 55-61

Omar, I.M. et all, Athletic Pubalgia and « Sports Hernia »: Optimal MR Imaging Technique and Findings, Radiographics, 2008; 28; 1415-1438

Puig P.L., Trouve P, Savalli L, La pubalgie, du diagnositc au retour sur le terrain, Annales de réadaptation et de médecine physique, 47 (2004) 356-364

Zoga, A.C., Athletic pubalgia and the « sports hernia»: MR image fonding, Radiology, 247 (june 2008); 797-807