

# 20ème Congrès de Médecine du Sport et de l'Activité Physique

- Samedi 5 décembre 2015 -



[www.irbms.com](http://www.irbms.com)

**Rappel :** Ce diaporama, propriété exclusive de son/ses concepteur(s), ne peut être reproduit, ni diffusé en public, même partiellement sans autorisation expresse écrite. Pour ce faire veuillez nous envoyer votre demande à l'adresse suivante : [contact@medecinedusport.fr](mailto:contact@medecinedusport.fr)

# Pathologie abarticulaire de la hanche du sportif (bursite du moyen fessier, ressaut, arrachement osseux, syndrome du pyramidal)

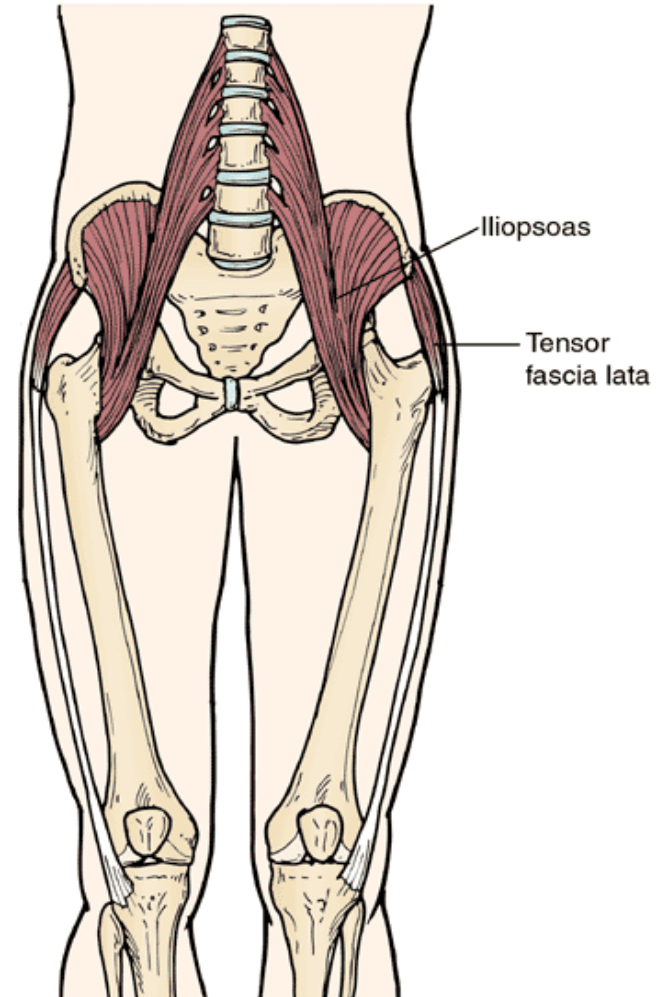
Henri MIGAUD\*, Lille – FRANCE

*\*Conflit d'intérêt : Rédacteur associé Orthopaedics  
Traumatology Surgery & Research,*

*\* Consultant Education et Recherche Zimmer et Tornier*

# Introduction

- Pathologie fréquente, non spécifique du sportif mais fréquence élevée avec sport et Tt spécifique
- Réduction activité sportive de manière durable, car guérison lente et incertaine
- Progrès sur
  - Diagnostic précoce (Sd piriforme)
  - Thérapeutique (Rééducation, PRP, chirurgie arthroscopie)



# 1 Ressauts

---

***Ressauts de hanche = coxa saltans = « snapping hip »***

- Phénomènes de claquement / accrochage de hanche.
- Le + souvent asymptomatiques et rarement douloureux
- Pb Diag différentiel → Ressauts intra articulaires +++
- Liés au passage d'une structure aponévrotique ou tendineuse au-dessus d'un relief osseux, uniquement mouvements actifs uniquement (tonus musculaire), jamais lors de la mobilisation passive.

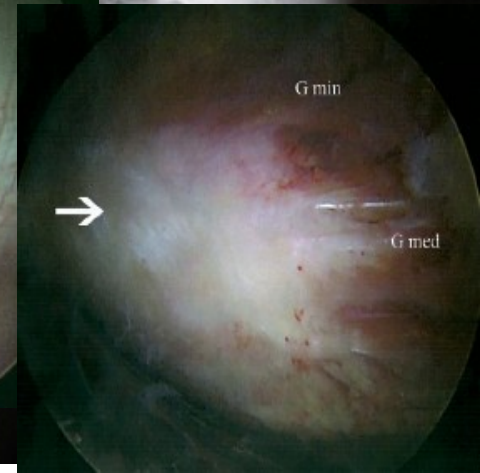
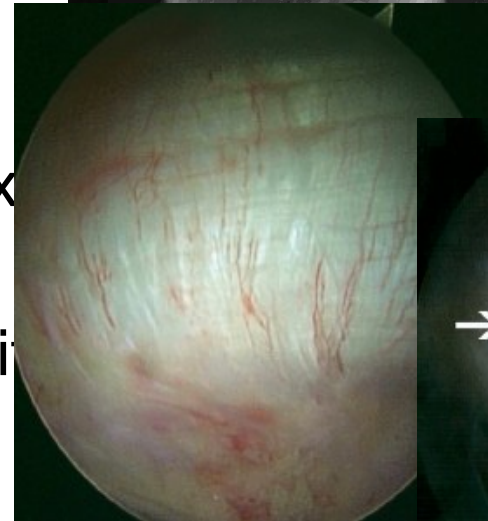
# 1A) Ressaut Latéral

- « talent de société »
- Habituellement non douloureux
- Audible et visible, au cours de la flexion et adduction
- Facteurs favorisants
  - Activité sportive (course, cyclisme)
  - Cols longs et coxa vara, étroitesse bi-iliaque, cal vicieux GT
  - Facteurs musculaires (spascicité, fibrose post traumatique)
  - Bursite



# 1A) Ressaut Latéral

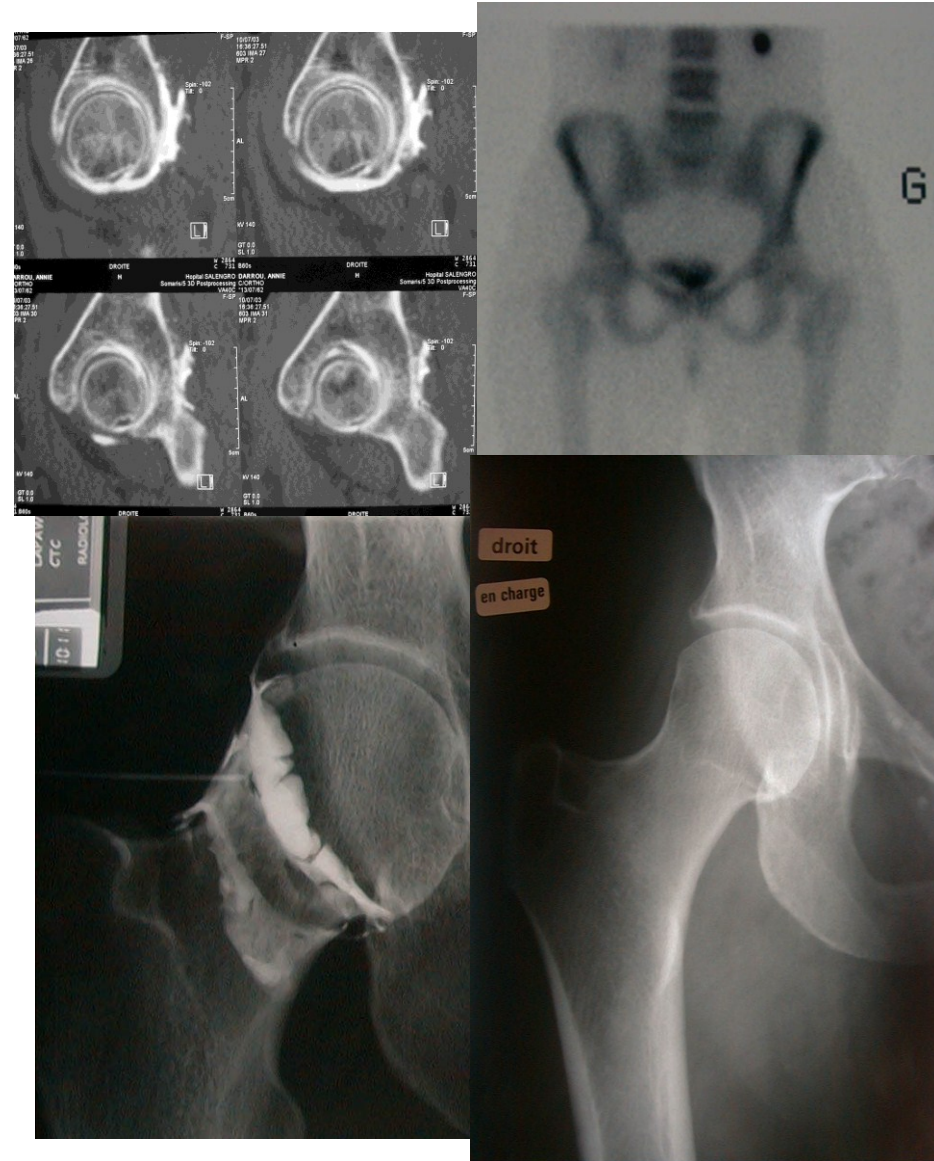
- « talent de société »
- Habituellement non douloureux
- Audible et visible, au cours de la flexion et adduction
- Facteurs favorisants
  - Activité sportive (course, cyclisme)
  - Cols longs et coxa vara, étroitesse bi-iliaque, cal vicieux GT
  - Facteurs musculaires (spasme, fibrose post traumatique)
  - Bursite





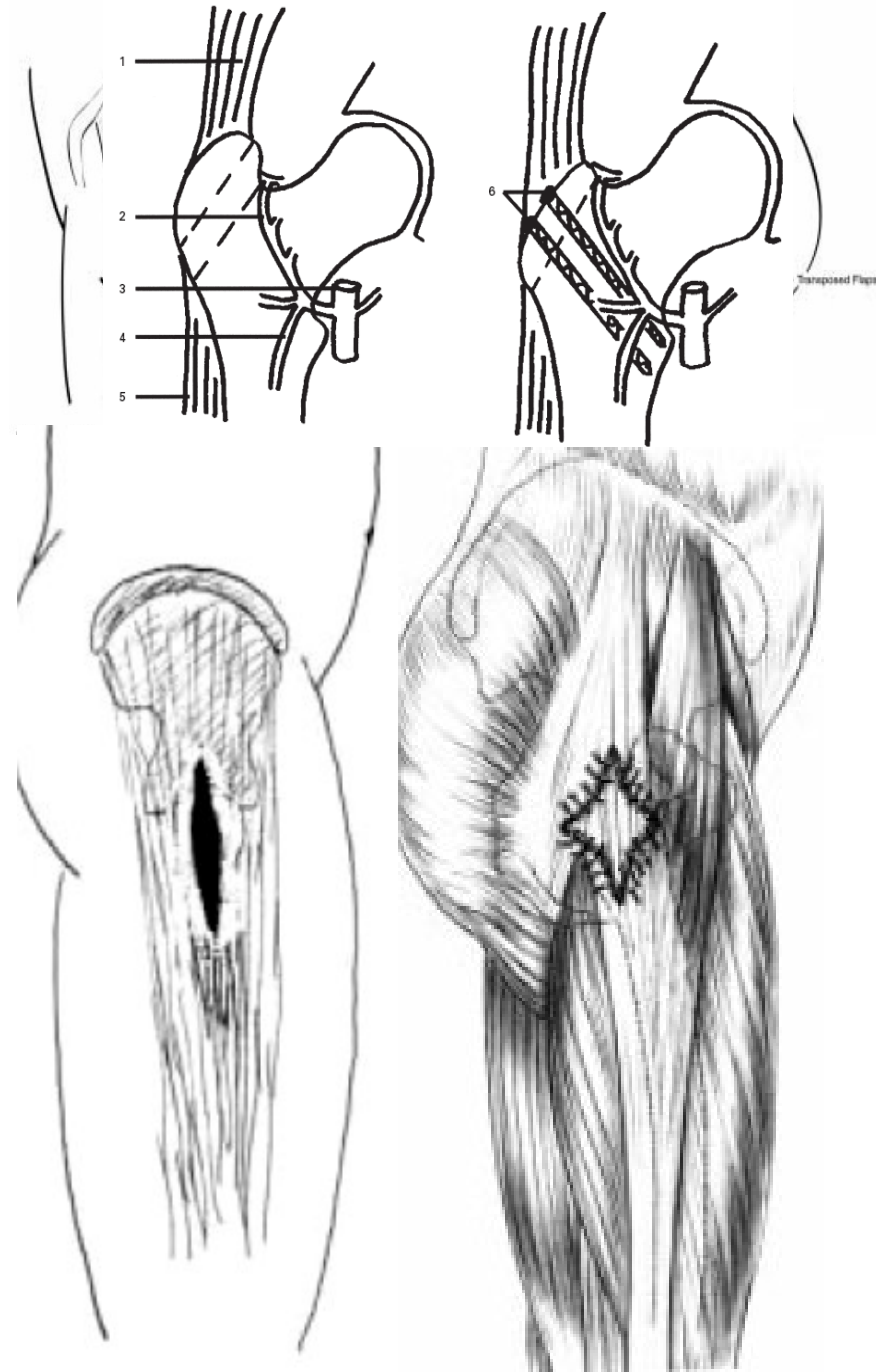
# 1A) Ressaut Latéral

- Ex complémentaires
  - non nécessaires pour le diagnostic positif
  - utile pour diag. différentiel (coxopathie, échographie bursite)
  - La douleur est-elle bien liée au ressaut = interrogatoire, test infiltratif xylo/marcaïne



# 1A) Ressaut Latéral

- Traitement conservateur
  - Kinésithérapie (étirements, MTP)
  - Médical : infiltration test car diminue les douleurs mais pas le ressaut (xylo / corticoïdes)
- Tt chirurgical
  - Plastie d'allongement de la bandelette Ilio tib (en croix, en Z, oblique)
  - Allongement et fixation
  - Réduction saillie GT ?
  - Section de la bandelette Ilio tibila sous contrôle endoscopique





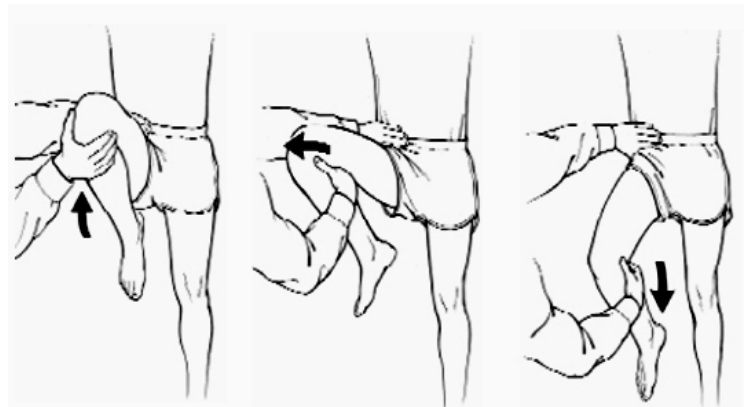
# 1A) Ressaut Latéral

- Résultat Tt chirurgical
  - Fixation simple 50% récidive
  - Allongement et fixation <50% allongement en croix et fixation peu de douleurs résiduelles
- Prudence dans les indications
  - Toujours Tt médical et bloc test
  - Écarter coxopathie si douloureux car habituellement non douloureux
  - Relier ressaut et douleurs (douleur en dehors des épisodes de ressaut ??)



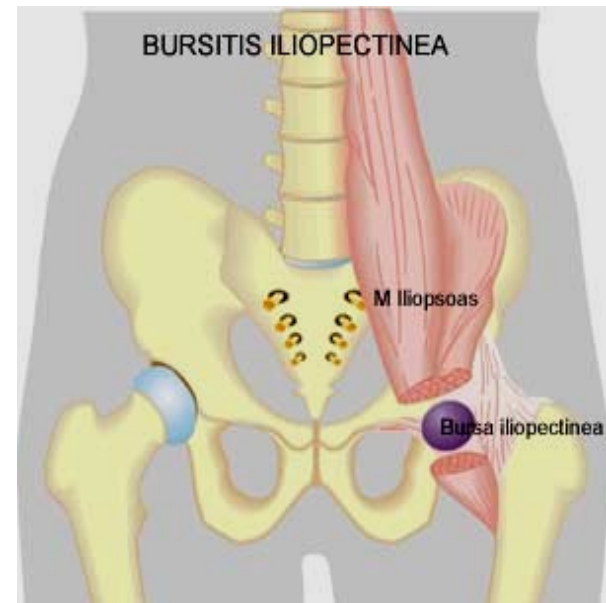
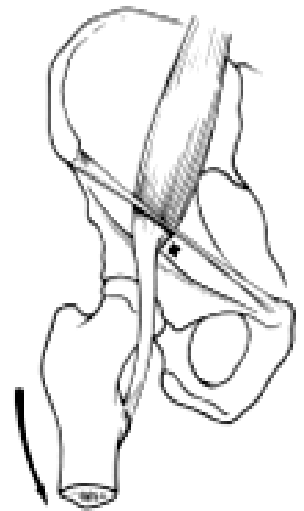
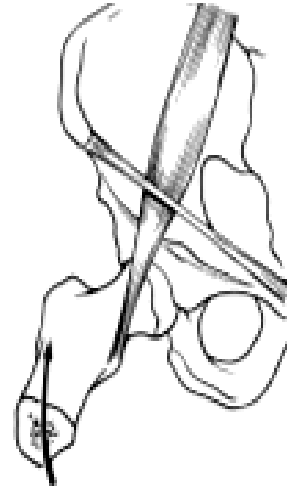
## 1B) Ressaut Antérieur

- Habituellement non douloureux
- Moins Fq que ressaut latéral
- Audible++ mais non visible
- Bruit sourd au pli de l'aîne
- Au cours du mouvement de flexion active directe
- Diminution par la pression profonde du pli de l'aîne



# 1B) Ressaut Antérieur

- Facteurs favorisants
  - Activité sportive (sportifs de saut, danse, sport combat)
  - Pas de facteurs anatomiques
  - Plus fréquent chez la femme (autour 30 ans)
- Facteur traumatique initial ?
- Explication anatomique ??  
(éminence iliopectinée, bursite, ressaut du psoas sur Pt Troch ou tête fémorale)



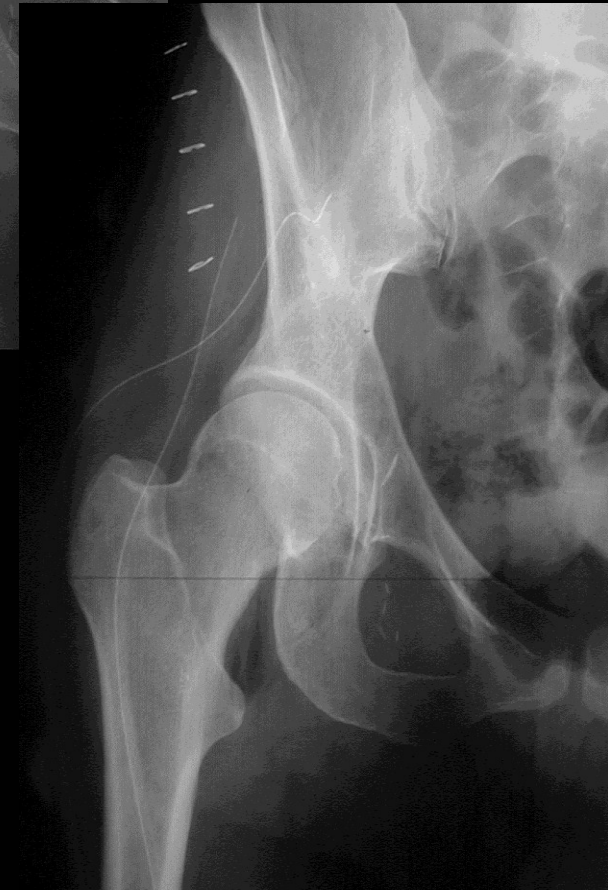
# 1B) Ressaut Antérieur

- Ex complémentaires utiles pour
  - Éliminer diagnostic différentiel (labrum, lésions synoviales)
  - Affirmer que c'est bien un ressaut antérieur (Echographie dynamique, opacification gaine psoas, Ao graphie de hanche)
  - Affirmer que c'est bien le ressaut qui est douloureux : bloc test, douleur au moment du ressaut en écho dynamique



## 1B) Ress

- Traitement conservateur
  - Kinésithérapie (étirements du psoas 6 à 8 semaines, MTP)
  - Médical : infiltration test diminue les douleurs mais pas les ressauts
- Tt chirurgical
  - Allongement du psoas (arthroscopie ou endoscopie)
  - Section distale du psoas
  - Résection de la bourse rétroiliaque et régularisation des saillies osseuses par voie de Hueter





# 1C) Ressaut Postérieur: conflit Pt Troch ischion

- Très rare
- Ressaut  $\pm$  douleur fessière à la marche (Pt Troch Ischion)
- Pb Diag différentiel car douleur fessière





# 1C) Ressaut Postérieur: conflit Pt Troch ischion

- Tt par infiltration Petit Trochanter /Tub ischiatique
- Conflit Pt Ischion suspecté sur hanche en valgus confirmé par IRMN et Tt par varisation fémorale

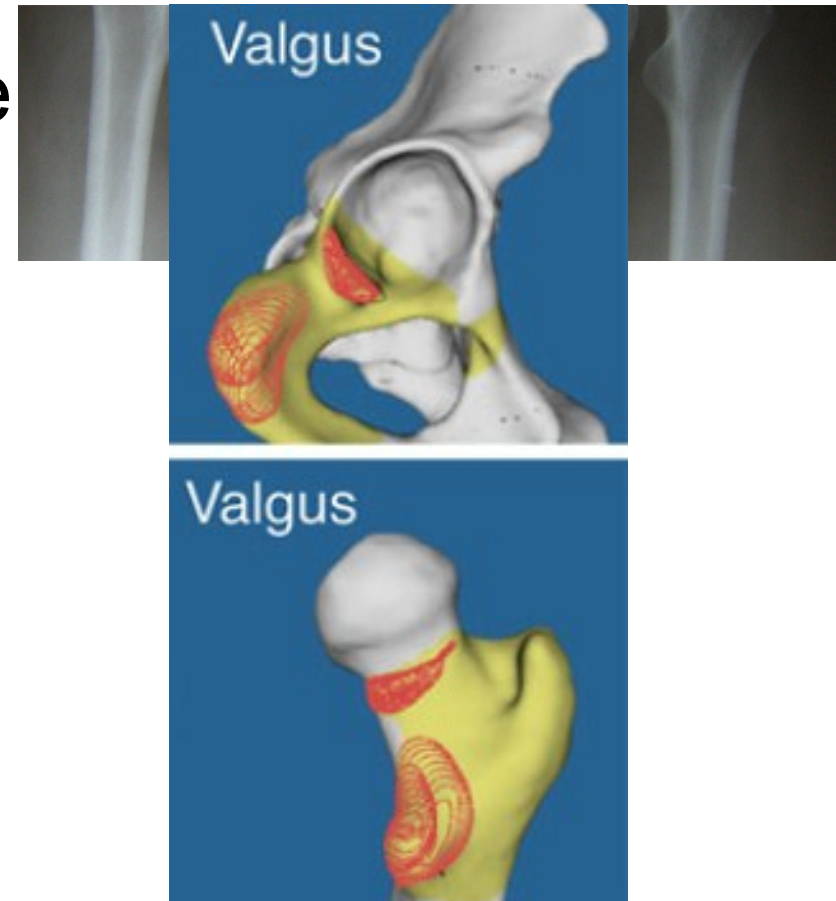
Clin Orthop Relat Res (2013) 471:3774–3780  
DOI 10.1007/s11999-013-2895-9

Clinical Orthopaedics  
and Related Research  
A Publication of The Association of Bone and Joint Surgeons®

SYMPOSIUM: 2012 INTERNATIONAL HIP SOCIETY PROCEEDINGS

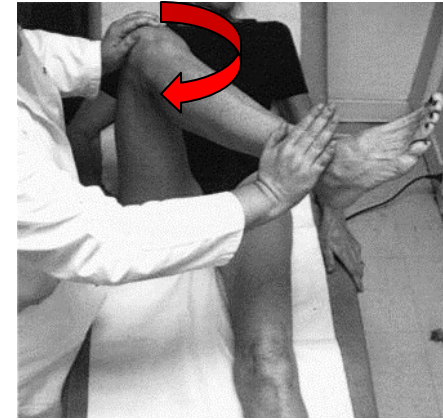
## Valgus Hip With High Antetorsion Causes Pain Through Posterior Extraarticular FAI

Klaus A. Siebenrock MD, Simon Damian Steppacher MD,  
Pascal Cyrill Haefeli MD, Joseph Michael Schwab MD,  
Moritz Tannast MD



## 2) Bursite péri-trochanterienne

- Fréquent ++
- Ne pose pas de Pb Diagnostic
  - Clinique dérotation externe résistée (Lequesne), palpation GT
  - Echographie et IRMN
- Difficultés sur bilan (lésions musculaires) et Thérapeutique (lenteur récupération)



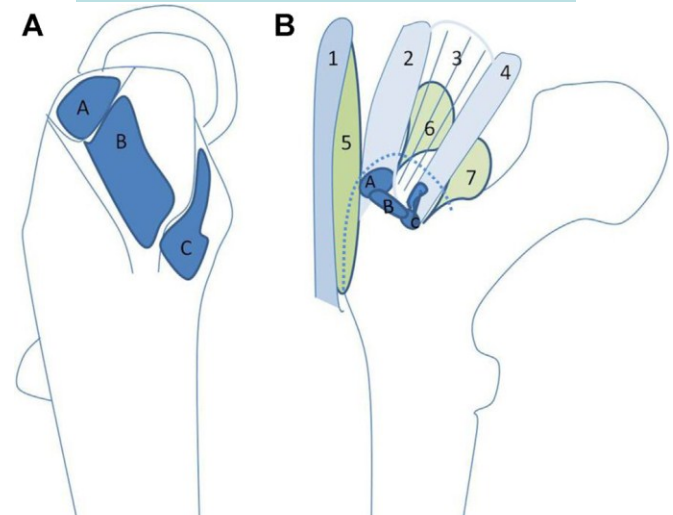
Test dérotation ext contrariée à 90° :  
+ si reproduit douleur patient

Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)  
Vol. 50, No. 2, February 15, 2008, pp 241–246  
DOI 10.1002/art.23354  
© 2008, American College of Rheumatology

ORIGINAL ARTICLE

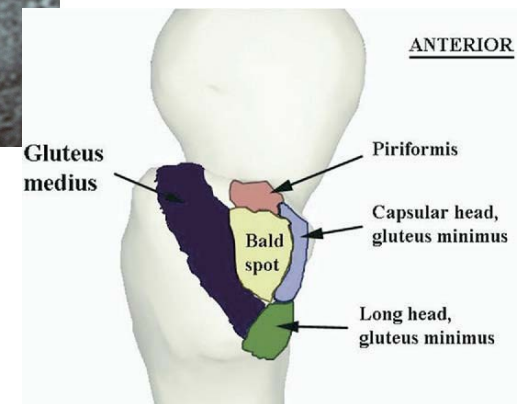
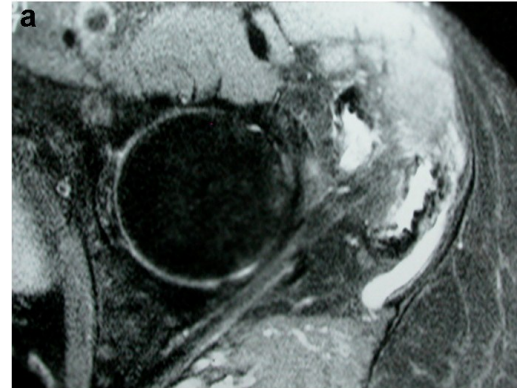
### Gluteal Tendinopathy in Refractory Greater Trochanter Pain Syndrome: Diagnostic Value of Two Clinical Tests

M. LEQUESNE,<sup>1</sup> P. MATHEU,<sup>1</sup> V. VUILLEMIN-BODAGHI,<sup>2</sup> H. BARD,<sup>2</sup> AND P. DJIAN<sup>3</sup>



## 2) Bursite péri-trochanterienne

- Intérêt IRMN Echo:
  - Bursite isolée
  - Lésion tendineuses associées
  - Rupture MG et/ou PG
  - Atrophie ou involution des glutéaux



## 2) Bursite péri-trochantérienne

- Tt Bursite isolée  $\pm$  inflammation sans rupture
  - Conservateur (AINS, Physio, Onde de choc, Infiltrations PRP?)
  - Bursectomie Chir ou Endo
- Si rupture ou plus de 6 mois évolution bursite malgré Tt conservateur = Tt Endo ou chirurgical
  - Difficulté reconnaissance ruptures profondes
  - Pas de différence Chir ou Endo, le pronostic est lié à atrophie musculaire (13% Chir vs 3% Endo complications)

### Systematic Review

#### Outcomes After Primary Open or Endoscopic Abductor Tendon Repair in the Hip: A Systematic Review of the Literature

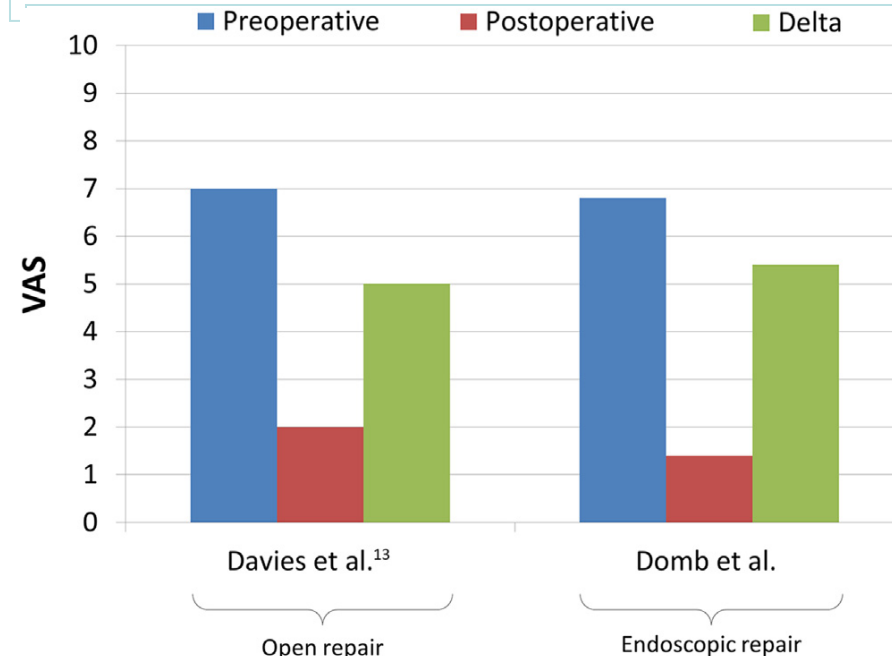
Kyle Alpaugh, M.A., Brian J. Chilelli, M.D., Siyan Xu, Ph.D., and Scott D. Martin, M.D.

*Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic and Related Surgery*, Vol 31, No 3 (March), 2015: pp 530-540

### Systematic Review

#### Outcomes of Open Versus Endoscopic Repair of Abductor Muscle Tears of the Hip: A Systematic Review

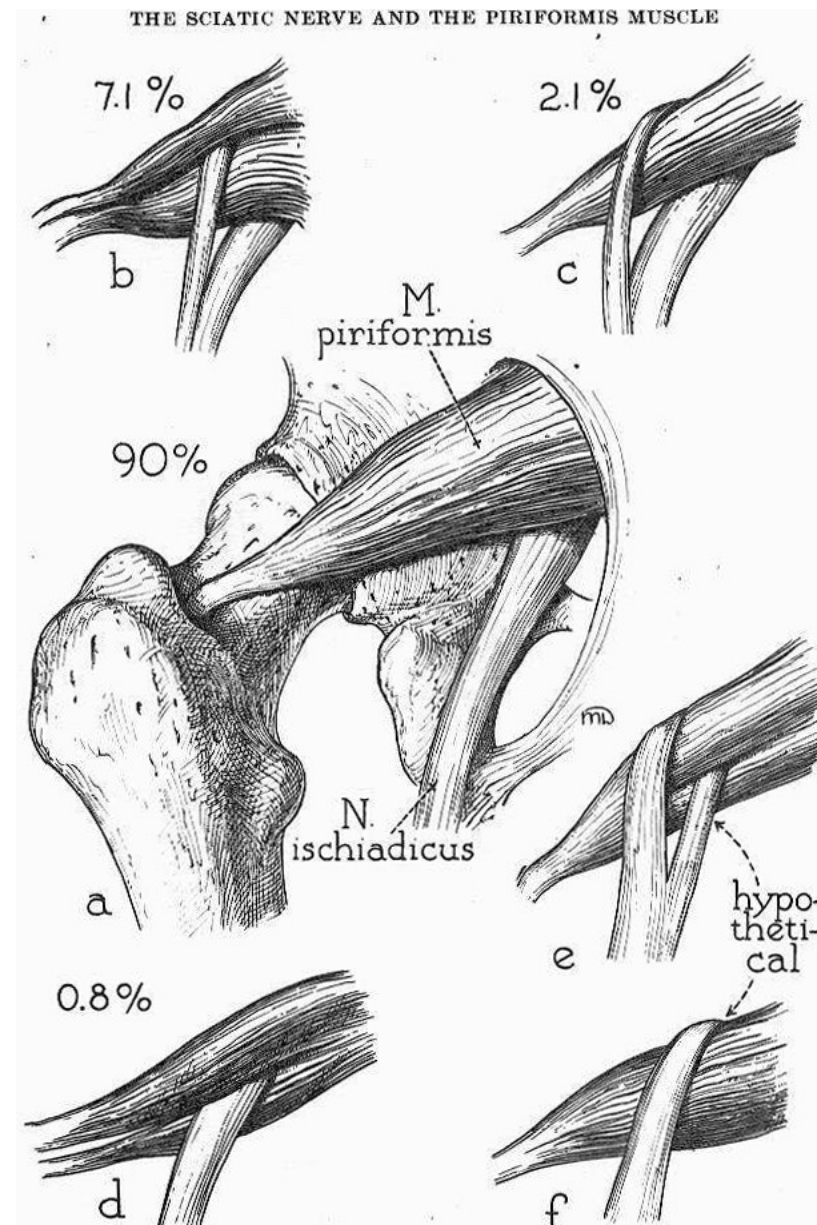
Sivashankar Chandrasekaran, M.B.B.S., F.R.A.C.S., Parth Lodhia, M.D., F.R.C.S.C., Chengcheng Gui, B.S.E., S. Pavan Vemula, M.A., Timothy J. Martin, M.A., and Benjamin G. Domb, M.D.





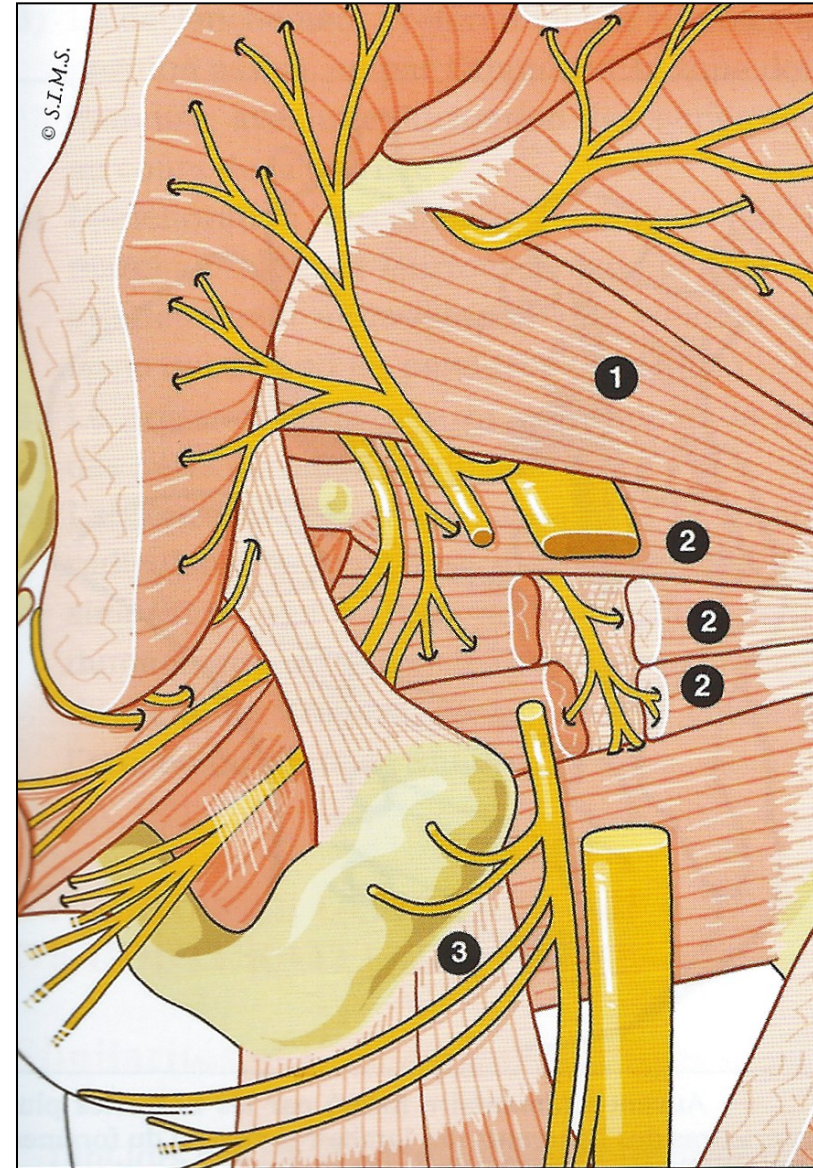
### 3) Syndrome du piriforme

- Evoqué devant douleur fessière avec sciatalgie chronique tronquée sans lombalgie
- Pratique sportive (assis, appui, sports asymétriques)
- Amélioration à la marche
- Sans signe de tension radiculaire (Lasègue <0)
- Plus lié à des adhérences qu'à des anomalies du piriforme
  - Passage trans-piriforme du Nf (10 à 20% patho ou sain)
  - Hypertrophie (20 à 30% des sujets patho ou sains)



### 3) Syndrome du piriforme

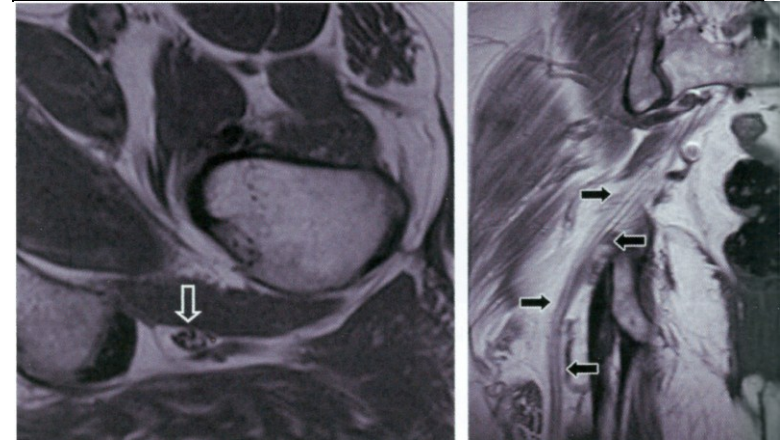
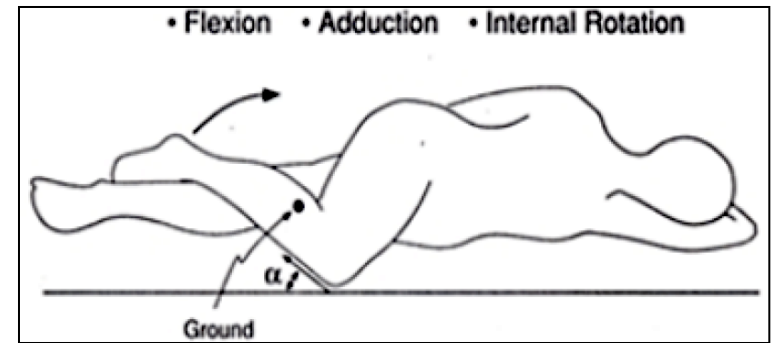
- En fait ne concerne pas que le piriforme et Nf sciatique, parler de Sd de la traversée pelvi-fémorale
  - Forme typique piriforme et Nf sciatique
  - Nf cutané post de la cuisse et Nf de Robert et Ischio Jambiers
  - Nf sciatique et obturateur interne (symptômes + précoces)
  - Nf sciatique et Ischio-jambiers (Sd Puranen après fracture Tub ischiat.)
- Traitement des différentes localisations = facteur de succès





### 3) Syndrome du piriforme

- EMG souvent décevant (parfois positif en dynamique potentiels évoqués (latence réflexe H) en neutre puis en flex Add RI (FAIR)
- Imagerie utile pour éliminer autres pathologies (CLE, H discale, Sd masse au contact Nf ischiatique)
- Parfois IRM très utile (hyper T2, augmentation volume Nf sciatique ou du piriforme ou Obt. interne)
- Imagerie surtout utile pour guider infiltration test (TDM Echo) (Xylo, Cort retard voire Tox Botulinique)



# 3) Syndrome du piriforme

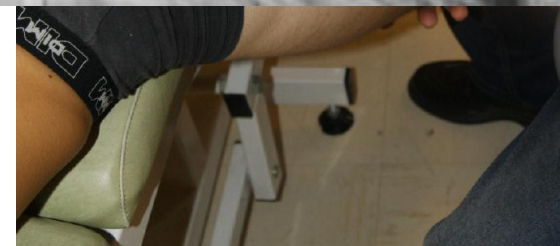
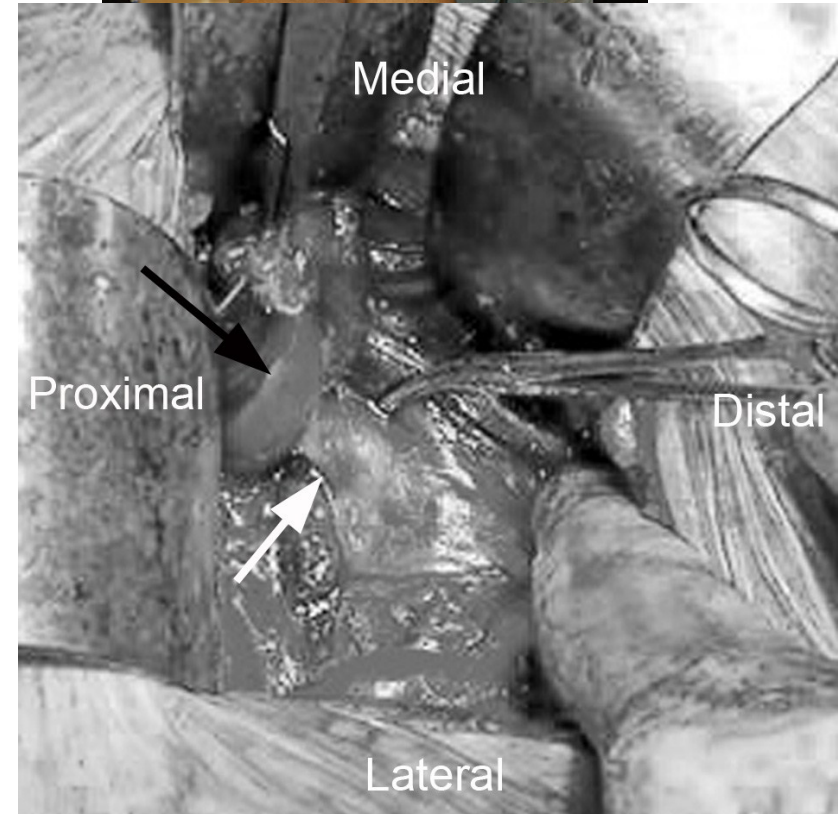
- Nombreux tests cliniques évocateurs
- Le plus sûr est un faisceau arguments (Score de Michel)



Critères	Point
Pygalgie uni- ou bilatérale fluctuante (avec périodes non douloureuses au cours de la journée)	1
Absence de lombalgies	1
Palpation axiale rachidienne non douloureuse (L2 à S1)	1
Manœuvre de Lasègue négative	1
Position assise (souvent prolongée) déclenchant pygalgie et/ou sciatique	1
Sciatique fluctuante au cours de la journée avec périodes non douloureuses	1
Pygalgie en regard de la projection du muscle piriforme reproduite par : <ul style="list-style-type: none"> <li>- les manœuvres d'étirement (FAIR, Freiberg, TGCL)</li> <li>- les manœuvres de contraction résistée (Beatty)</li> <li>- la palpation</li> </ul>	1 1 1
Sciatique (L5, S1 ou tronculaire) reproduite par la prolongation de certaines manœuvres (plusieurs dizaines de secondes) : <ul style="list-style-type: none"> <li>- d'étirement</li> <li>- de contraction résistée</li> </ul>	1 1
Absence d'irradiation périnéale	1
Total sur 12 points :	
Syndrome d'adhérence au muscle piriforme : <ul style="list-style-type: none"> <li>- probable si score supérieur ou égal à 8 ;</li> <li>- douteux si score entre 6 et 8 ;</li> <li>- absence de syndrome d'adhérence au muscle piriforme si score inférieur à 6.</li> </ul>	

# 3) Syndrome du piriforme

- Traitement conservateur
  - Modification sportive (appuis, changement orientation course, sport asymétriques...)
  - Rééducation spécifique : étirements, technique de Jones (isométrique et relâché)
  - Infiltrations d'efficacité variable, doivent toujours être guidées (corticoïdes ou Tox Botulinique dans muscle, Naropeine au contact nerf)
- Traitement chirurgical
  - Suppose une exploration complète
  - Libération des adhérences, relâchement musculaire
  - Endoscopie en cours évaluation



# 4) Arrachements osseux

- Pas de niveau de preuve pour le Tt opératoire ou conservateur

How To ▾

PubMed ▾ anterior iliac spine avulsion

Create RSS Create alert Advanced

Summary ▾ 20 per page ▾ Sort by Most Recent ▾ Send to: ▾

**Search results**

Items: 1 to 20 of 84 **81 / 84 = case report**

- ☐ [Iliac Crest Avulsion Fracture in a Young Sprinter.](#)  
1. Casabianca L, Rousseau R, Loriaut P, Massein A, Mirouse G, Gerometta A, Khiami F.  
Case Rep Orthop. 2015;2015:302503. doi: 10.1155/2015/302503. Epub 2015 Sep 1.  
PMID: 26421205 **Free PMC Article**  
[Similar articles](#)
- ☐ [Apophyseal avulsion fracture of the anterior inferior iliac spine due to a simple bone cyst.](#)  
2. Elmadag M, Ceylan HH, Erdil M, Bilisel K.  
Acta Orthop Traumatol Turc. 2015;49(2):213-6. doi: 10.3944/AOTT.2015.2996.  
PMID: 26012945 **Free Article**  
[Similar articles](#)
- ☐ [Avulsion fracture of anterior inferior iliac spine complicated by hypertrophic malunion causing femoroacetabular impingement: Case report.](#)  
3. **Avulsion fracture of anterior inferior iliac spine complicated by hypertrophic malunion causing femoroacetabular impingement: Case report.**

How To ▾

PubMed ▾ ischial tuberosity avulsion

Create RSS Create alert Advanced

Summary ▾ 20 per page ▾ Sort by Most Recent ▾ Send to: ▾

**Search results**

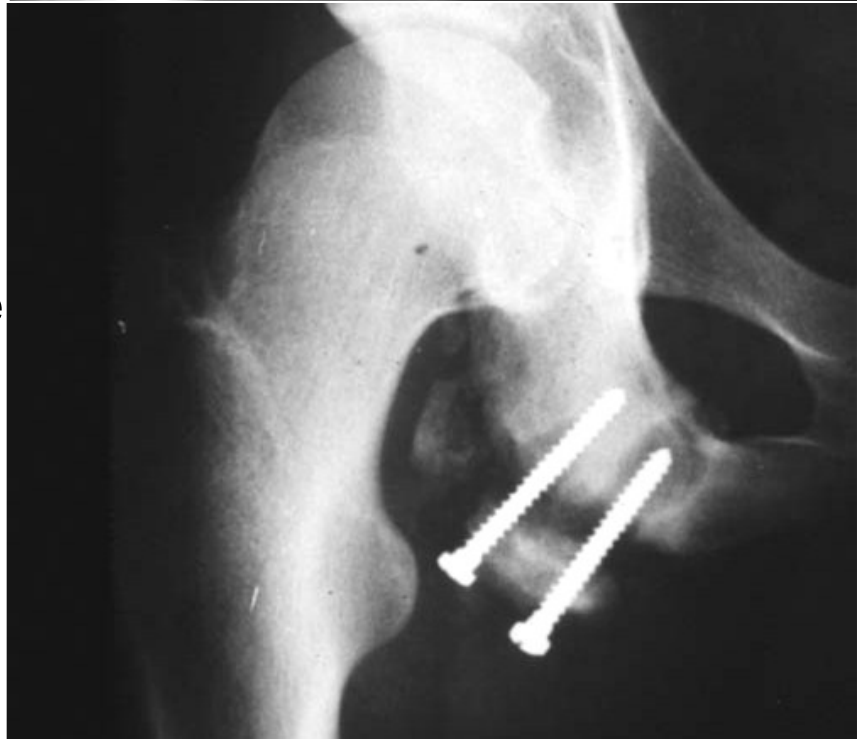
Items: 1 to 20 of 72 **65 / 72 = case report**

- ☐ [Ischiofemoral impingement and hamstring dysfunction as a potential pain generator after ischial tuberosity apophyseal fracture non-union/malunion.](#)  
1. **Ischiofemoral impingement and hamstring dysfunction as a potential pain generator after ischial tuberosity apophyseal fracture non-union/malunion.**  
Spencer-Gardner L, Bedi A, Stuart MJ, Larson CM, Kelly BT, Krych AJ.  
Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2015 Oct 1. [Epub ahead of print]  
PMID: 26429568  
[Similar articles](#)
- ☐ [Atypical Coxa Saltans Due to Partial Proximal Hamstring Avulsion: A Case Presentation Highlighting the Role for Dynamic Sonography.](#)  
2. **Atypical Coxa Saltans Due to Partial Proximal Hamstring Avulsion: A Case Presentation Highlighting the Role for Dynamic Sonography.**  
Spencer-Gardner LS, Pourcho AM, Smith J, Krych AJ.  
PM R. 2015 Oct;7(10):1102-5. doi: 10.1016/j.pmrj.2015.04.003. Epub 2015 Apr 7.  
PMID: 25857592  
[Similar articles](#)



# 4) Arrachement

- Arrachement EIAI et EIAS : pathologie du shoot dans le vide ou bloqué
  - Tt conservateur sauf si fragment volumineux
  - Chirurgie si volumineux ou ossification secondaire résistante au Tt local
- Arrachement Tubérosité ischiatique : équivalent rupture ischio jambiers (surtout adolescent)
  - Idem indication thérapeutiques mais souvent fragment volumineux et perte fct plus importante
  - Attention aux complications chirurgie



# *Lille, Capitale des Flandres Françaises*

## *La Grand Place*



Merci de votre attention