

LA RÉÉDUCATION DES PUBALGIES : REVUE DE LA LITTÉRATURE

GRAIRI Karima

1^{er} Master en Kinésithérapie

Helha St Thérèse - Charleroi

INTRODUCTION

- Décrite pour la 1^{er} fois en 1932 (Spinelli)
- Nombreux travaux
- Pubalgies du sportif complexes
- But : faire le point sur les nouveaux moyens de rééducation à notre disposition décrits dans la littérature.



Depuis 2004 :

- peu d'articles spécifiques
- peu de remise en question des stratégies thérapeutiques rééducatives.

➤ En 2004:

« *Pubalgie du sportif-stratégie thérapeutique* » (M. Bouvard, P.Dorochenko, P. Lanusse, H. Duraffour)
protocole de Pau-Toronto

« *La pubalgie: du diagnostic au retour sur le terrain* » (P.L. Puig, P. Trouve, L. Savalli)

➤ En 2009:

« *Prise en charge thérapeutique des pubalgies de l'adulte sportif* » (H. Vidalin, G. Valy, M.Abbot, M. Vidalin, M. Duclos) *Protocole de Stanish, « serpillère », ASM-MacKenzie*

DEFINITIONS

« la pubalgie est un syndrome douloureux de la région inguinopubienne qui touche le sportif de pratique régulière. Il s'agit d'une pathologie de surmenage s'exprimant dans un contexte anatomique particulier »

PUIG PL, Trouve P, Savalli L. *La pubalgie : du diagnostic au retour sur le terrain*. Ann Readapt Med Phys 2004;47:356-64.

« une seule pathologie s'exprimant par un syndrome douloureux fréquemment récurrent du carrefour pubien, lié à l'effort sportif (Durey et Rodineau.76); touchant essentiellement la chaîne os-tendon-muscle (Orchard 2001) et regroupant de façon isolée ou combinée quatre formes cliniques »

(Bouvard et coll. JTS 2004)

Orchard J ,and all., *Pathophysiology of chronic groin pain in athlete*, IJMI, 2001,2(3).

Durey A., Rodineau J., Les lésions publiennes des sportifs. *Ann Med Phys* 1976,9: 282-291.

Durey A. and all, Aspects cliniques de la pubalgie du sportif. *JTS* 1984;1:46-50.

DEMEMBREMENT CLINIQUE

= Toujours d'actualité.

- 1976: tentative de démembrement (Boeda et Durey)
- 1983: Classification en 3 formes (Thèse : Brunet)
- 1985: Benezis
- 2004: Proposition de 4 formes (M. Bouvard)

BENEZIS C., *Les pubalgies du sportif : démembrement clinique*, Colloque international « Méditerranée, Sport et Santé » Montpellier 2003

BRUNET B; *La pubalgie un syndrome «fourre tout»*. Thèse med., Lyon 1, 1983.

BOUVARD M. and al, *La pubalgie du sportif : stratégie thérapeutique*, JTS 2004.

- Débat sur la nosologie de la pubalgie du sportif
- Pas de consensus ni dans la littérature ni chez les scientifiques
- Plusieurs formes ? Forme symphysaire ? Pariéto-abominale ? souvent délaissé...
Add+++ mais rarement seuls. thèse de Le Gall (-30%)

FORMES CLINIQUES

- 1) les tendinopathies du corps et de l'insertion des adducteurs
- 2) les tendinopathies de l'insertion des grands droits
- 3) l'ostéo-arthropathie pubienne
- 4) les douleurs du canal inguinal

ETIOPATHOGÉNIE

- Facteurs intrinsèques congénitaux ou acquis
- Facteurs extrinsèques

o **Facteurs intrinsèques congénitaux ou acquis:**

- Dysfonctions articulaires locales ou régionales
- Déséquilibres posturaux locaux ou régionaux
- Déséquilibres musculaires locaux ou régionaux

○ **Facteurs extrinsèques**

- Liés au sport (gestes techniques, matériel, matchs..)
- Généraux (hydratation, foyer infectieux...)

MORPHOTYPE PRÉDISPOSANT (Benezis)

- Sportif bréviligne
- Bassin antéversé (add., IJ courts, hypermusclé)
- Inégalité longueur des MI (Podologie)
- Anomalie rachidienne
- Sangle abdominale insuffisante

C.BENEZIS, *Les pubalgies du sportif: démembrement clinique*, Colloque international « Méditerranée, Sport et Santé » Montpellier 2003

DIAGNOSTIC

- Diagnostic d'élimination
- Interrogatoire précis
- Examen clinique minutieux
- Bilan ostéopathique
- Associé aux examens complémentaires

EXAMEN CLINIQUE

- 1^{er} examen suite à l'effort (inspection, testings)+
- 2ème examen suite à une période de repos permet d'écarter tout diagnostic différentiel
- Remise en cause si évolution défavorable à 3 mois de prise en charge
- Ne pas laisser trainer !!!
(Test anesthésique : bloc anesthésique N. ilioinguinal et iliohypogastrique M. Bouvard et O. Wurmeser)

BOUVARD M. et WURMSER O.; *La pubalgie du sportif :Intérêt d'un test anesthésique dans le diagnostic des souffrances du canal inguinal.* JTS 2005, 22, 251-255.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Élimination des diagnostics différentiels

- Radiographie
- IRM
- Echographie
- scintigraphie

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Pathologie intra-abdominale
- Pathologie génito-urinaire
- Pathologie rachidienne (D.I.M) Maigne
- Pathologie musculo-squelettique
- Maladies inflammatoires ou infectieuses

J.-L. ZILTENER S.LEAL *Pubalgie du sportif*, Revue Médicale Suisse n° 120 publiée le 02/08/2007
MAIGNE R., *Syndrome de la charnière dorsolombaire*. Sem Hôp. Paris 1981; 57:11-12,545-554

TRAITEMENT CONSERVATEUR

- Sujet « Entraîné » différent du sujet « normal »
- Prise en charge pluridisciplinaire
- Implication du patient primordiale
- calmer les phénomènes douloureux et rééquilibrer la balance musculaire
- Adapté en fonction de la (des) forme(s)
- Prise en charge adapté au patient

PRINCIPES DU TRAITEMENT (PUIG et al, 2004)

- Action sur la douleur
- Action sur les facteurs déclenchant la douleur
- Amélioration de la vascularisation locale
- Renforcement de la sangle abdominale, des adducteurs
- Renforcement neuromusculaire et activité physique
- L'entretien articulaire global et la préparation physique générale

REEDUCATION DES PUBALGIES

- Fait partie du « panorama thérapeutique » depuis plus de 25 ans
- Nombreuses stratégies thérapeutiques
- Nouveaux protocoles
- Adaptation de protocoles utilisés dans d'autres pathologies

Prise en charge classique

3 phases :

- 1) Le traitement symptomatique des douleurs
- 2) Le traitement des facteurs pré-disposants
- 3) La reprogrammation neuro-sensori-motrice

C. DZIRI et al., *La pubalgie du sportif : traitement médical de la pubalgie chez le footballeur : approche de médecine physique réadaptation*, J.Réadapt Méd.,2004, 24,n°1-2,pp 28-31.
BOUVARD P. and al .,Pubalgie du sportif. J Traumatol Sport 2004;21:146-63.
H.VILADIN and t al., *Therapeutic strategy for pubalgia in athletes*, J. traumatologie du sport 26 (2009) 229-235.

Le Repos

- Dès l'apparition des premiers signes cliniques
- Dit « sportif » ou « relatif »
- Indispensable
- de 6 semaines à 3 mois
- Variable en fonction selon la forme, l'ancienneté des douleurs...
- Associé à un programme de maintien optimal des aptitudes physiques

Dr F.LE GALL, *La pubalgie : Place de la rééducation et la prévention.*

C. DZIRI et al., *La pubalgie du sportif : traitement médical de la pubalgie chez le footballeur : approche de médecine physique réadaptation* ,J. Réadapt Méd.,2004,24,n°1-2,pp 28-31.

Phase 1: Traitement symptomatique de la zone douloureuse

- Visée **antalgique**
- Si précoce **plus efficace** (d+ après effort ou cède après échauffement)
- Pour toutes les formes

TECHNIQUES CLASSIQUES :

- PHYSIOTHERAPIE (US, Courants antalgiques)
- THERMOTHERAPIE
- CRYOTHERAPIE
- BALNÉOKINÉSITHÉRAPIE



● MASSAGE (MTP)

- Techniques assouplissement cutané
- Pressions locales
- Frictions
- Etirements
- Techniques de « crochetage » pour le grand adducteur
- MTP de Cyriax
- Travail doux de décollement cutané Région Pubienne
- Manœuvres à visées réflexes vaso-actives.

TECHNIQUE DE REEQUILIBRAGE :

- Mobilisation spécifique des articulations coxo-fémorales, sacro-iliaques, de la charnière lombo-sacrée et dorso-lombaire
- Thérapie manuelle analytique
- Niveau de la symphyse pubienne
3 techniques de manipulation selon la dysfonction détectée en supériorité, infériorité ou les 2 combinées.
- Normalisation d'une lésion de rot. externe

Phase 2 : Le traitement des facteurs pré-disposants

- Réharmonisation de la région (Rochcongar 2009)
 - Add. Forts / abdominaux faibles
 - Restriction de mob. de hanche
 - Hyperlordose
- Réharmonisation articulaire
 - MI en bilatérale
 - Mobilité rachidienne
 - Etirement de tous les groupes musculaires



- Amélioration de la qualité de la sangle:

- Pas de travail dynamique dans un premier temps
- Travail de gainage des 4 faces (Obliques+++)

- Travail de la stabilité pelvienne:

- Pau Toronto (adapté)
- ASM-Mc Kenzie (Viladin et al. 2009)
- Proprioception unipodal

○ Tonification / Renforcement

- Travail des spinaux et du transverse + exercice d'ajustement lombo – pelvien
- Renforcement progressif de la sangle abdominale
- Renforcement des adducteurs en cas de souffrance tendineuse selon le protocole de STANISH - PROTOCOLE DE PAU TORONTO

○ Proprioception

○ Etirements

- Exercices d'étirements progressifs et prolongés
- ou stretching du psoas, droit antérieur, des adducteurs, des pelvitrochantériens et des IJ.

PROTOCOLE DES CHAINES MUSCULAIRES DE
BUSQUET
MÉZIÈRES

Techniques de prise en charge spécifiques

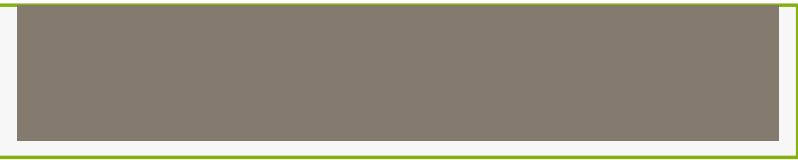
- PROTOCOLE DE PAU TORONTO (Bouvard et coll. 2004)
- PROTOCOLE DE PAU TORONTO Adapté ASM (Viladin 2009)
- PROTOCOLE DE STANISH
- PROTOCOLE « SERPILLIÈRE »
- PROTOCOLE ASM - Mc KENZIE

BOUVARD P. et al., *Pubalgie du sportif*. J Traumatol Sport 2004;21:146-63.

H.VILADIN et al., *Therapeutic strategy for pubalgia in athletes*, J. traumatologie du sport 26 (2009) 229-235.

PROTOCOLE DE PAU TORONTO

- Décrit en 2004, effets bénéfiques en 3 à 4 semaines.
(M. Bouvard, P. Dorochenko, P. Lanusse, H. Duraffour)
- Apprentissage avec le kinésithérapeute auto-rééducation quotidienne.
- 3 étapes :
 - 1) maîtrise de la rétroversion
 - 2) recherche équilibre monopodal performant
 - 3) dvpt force iso.des musc. stabilisateurs

- 
- Travailler systématiquement les deux cotés en commençant par le coté sain.
 - Amener le membre inférieur dans la position choisie en 4s jusqu'à l'amplitude maximale non ou faiblement douloureuse tenir 4s revenir à la position initiale en 4s.
 - Enchaîner 5 cycles de chaque exercice.

- En progression plan instable, résistance élastique. Prendre en charge l'ensemble des éléments fixateurs du complexe pelvifémoral
- Renforcement
- Redonner amplitudes articulaires optimales
- Exercices en charge à vide , contre résistance modérée avec élastiques et travail en piscine

Protocole de Pau Toronto



Fléchisseurs de hanche.

Protocole de Pau Toronto



Extenseurs de hanche.

Protocole de Pau Toronto



Adducteurs de hanche.

Protocole de Pau Toronto

Abducteurs de hanche



Protocole de Pau Toronto



Rotateurs externes de
hanche : hanche et
genou fléchis à 90°.

Protocole de Pau Toronto

P. Dorochenko – M. Bouvard

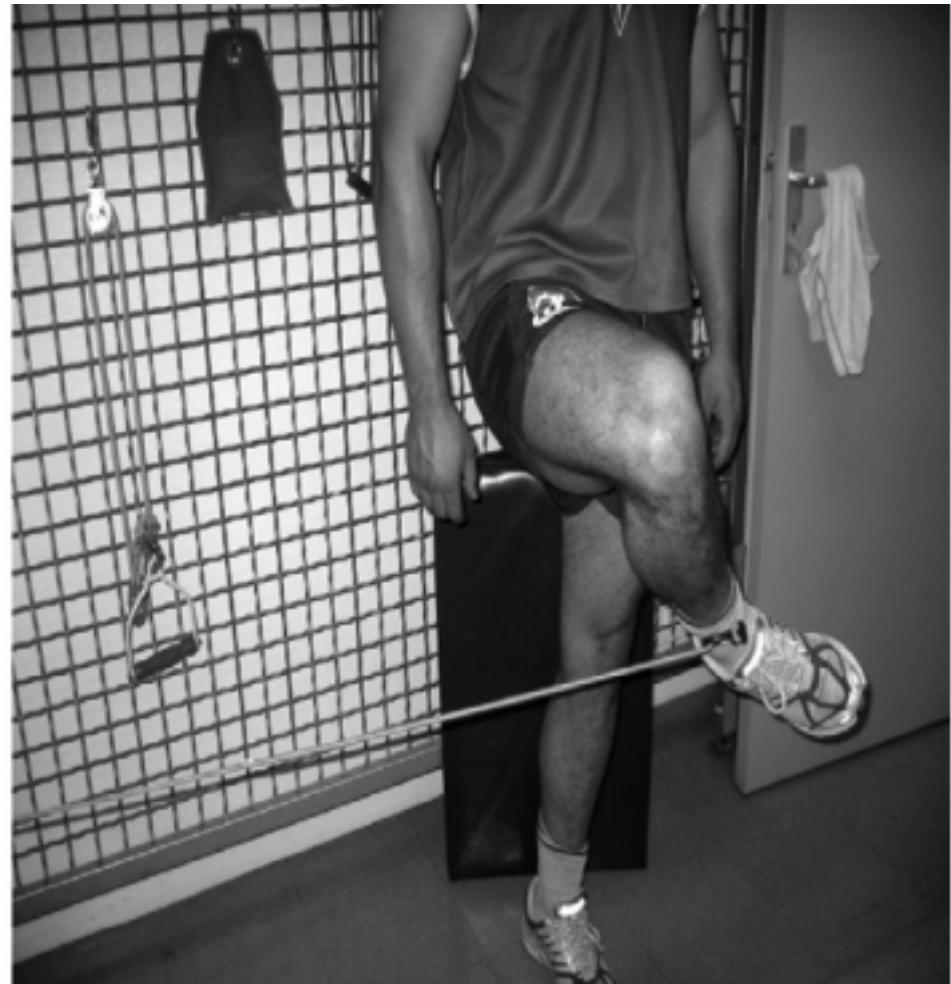


Rotateurs internes de
hanche : hanche et
genou fléchis à 90°.

Pau Toronto Adapté (Viladin)

- Intégration du concept Stanish et Kabat
- Reproduction de la progression des résistances et travail contre résistance manuelle
- Rotateurs, fléchisseurs et extenseurs en diagonale en bord de table

[Redacted]



Stanish

- Etirement – Renforcement en excentrique – étirement
- Progression vitesse, résistance, répétition
- Respect « seuil douloureux limite »

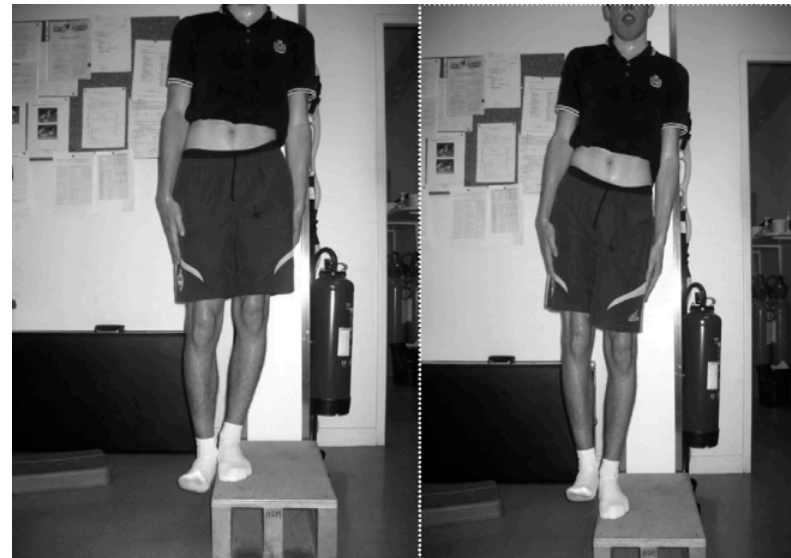
« Serpillière »

- Contraction concentrique et excentrique avec verrouillage pelvien
- Travail de glissement latéraux en charge
- Gd add, musc. Patte d'oie, IJ, TFL



ASM- Mac Kenzie

- Inspiré du principe Mac Kenzie utilisé chez lombalgique
- Renforcement/Etirement
- Groupe stabilisateur externe du bassin



Protocole de Kabat

- Technique manuelle globale
- Contre resistance
- Composantes conc., exc., et rotatoires
- Musc.bi et mono

Travail de Gainage abdominolumbaire

- 4 faces
- Excentrique
- Concentrique
- Dynamiques globaux
- Prévention+++

Phase 3: La reprogrammation neuro-sensori-motrice

- IMPORTANT +++ CHEZ SPORTIF
- PREPARATION À LA REPRISE
- TRAVAIL CONTRÔLE BASSIN
- DISSOCIATION TRONC/MI
- STRETCHING
- PROPRIOCEPTION

Protocoles selon les formes cliniques

Stratégie thérapeutique propre à chacune des formes cliniques (Viladin, 2009) :

- Forme tendineuse simple
- Forme enthésique
- Forme avec atteinte musculaire des adducteurs
- Forme pariétale récente et avérée
- Formes symphysaires
- Formes mixtes

Réinsertion sportive

- REPRISE ACTIVITÉ SPORTIVE
- PROGRESSIVE PAR PALIER
- ENCADRÉ
- PROGRAMME SPÉ. INDIVIDUEL
- REPRISE COURSE SELON OBJECTIF
- PROGRESSION TYPE DE COURSE
- FACTEURS EXTRINSÉQUES

- Traitement conservateur est efficace dans 80% à 85% des cas, il mène à une guérison d'après une étude rétrospective (Rochconegar 1996)
- 80% des cas d'après Berger A.
- Si échec après 6mois = traitement chirurgical

Rochcongar P, Le Gall F, Jan J. *La pubalgie du sportif : mise au point à propos d'une étude rétrospective de 214 patients.* Sci Sports 1996; 11:135-9.)

PREVENTION

- Primaire
- Secondaire
- Etude sur Hockeyeurs pro. Déséquilibre Add /Abd = Dépistage avec isocinétisme
- Programme adapté à chaque joueur en fonction de ses points faibles

TIMOTHY F. and al, *The effectiveness of a preseason exercise program to prevent adductor muscle strains in Professional ice hockey players*, Am J Sports Med, 2002 30 :680.

CONCLUSION

- Débat continue de faire rage sur la nosologie
- Etudes manquent de rigueur scientifique
- Fondées sur expérience des auteurs
- Empirisme des techniques rééducatives
- Autres études nécessaire pour affirmer le diagnostic, les physiopathologie et les traitement.
- Défi pour équipes médicales...

BIBLIOGRAPHIE (1/2)

- BENEZIS C. - *Les pubalgies du footballeurs démembrément clinique* – Colloque international « Méditerranée, Sport et Santé », Montpellier 2003.
- BERGER A., *Approches diagnostiques et thérapeutiques de la pubalgie du sportif*. Genève : Thèse Méd 10157; 2000.
- BENAZZO F., MOSCONI M. Viola E. *Groin pain in athletes*. Sports Med Arthroscopy Review 2000;8(1).
- BOUVARD M.et al, Durey A., Rodineau J., *Les lésions pubiennes des sportifs*. Ann Med Phys 1976,9: 282-291.
- Durey A. and all, *Aspects cliniques de la pubalgie du sportif*. JTS 1984;1:46-50.
- Orchard J ,and all., *Pathophysiology of chronic groin pain in athlete*, IJMI, 2001,2(3).
- PUIG PL, Trouve P, Savalli L. *La pubalgie : du diagnostic au retour sur le terrain*. Ann Readapt Med Phys 2004;47:356-64.
- MAIGNE R., *Syndrome de la charnière dorsolombaire*. Sem Hôp. Paris 1981; 57:11-12,545-554
- SAVELLI P. *Pubalgie et médecine manuelle ostéopathie*. In : Ceinture pelvienne, sacro-iliaques et thérapie manuelle. C. Herisson, P. Vautravers, eds. Montpellier : Sauramps médical, 2007;55-62.
- GIAN NICOLA PISCIOTTI, *La pubalgia dello sportivo: inquadramento clinico e strategie terapeutique*, juin 2006.
- H.VILADIN et al., *Therapeutic strategy for pubalgia in athletes*, J. traumatologie du sport 26 (2009) 229-235.

BIBLIOGRAPHIE (2/2)

- C. DZIRI et al., *La pubalgie du sportif : traitement médical de la pubalgie chez le footballeur : approche de médecine physique réadaptation*, J.Réadapt Méd., 2004, 24, n°1-2, pp 28-31.
- J.-L. ZILTENER S.LEAL *Pubalgie du sportif*, Revue Médicale Suisse n° 120 publiée le 02/08/2007
- BRIAN Kai et al.; *Puck to Pubalgia: Imaging of Groin Pain in Professional Hockey Players* ; Canadian association of radiologists Journal 61 (2010); 74-79
- BOUVARD M. et WURMSER O.; *La pubalgie du sportif :Intérêt d'un test anesthésique dans le diagnostic des souffrances du canal inguinal*. JTS 2005, 22, 251-255.
- TIMOTHY F.and al, *The effectiveness of a preseason exercise program to prevent adductor muscle strains in Professional ice hockey players*, Am J Sports Med, 2002 30 :680.

The slide features a light green background with a darker green border. A dark grey rectangular bar is positioned at the top center. The main content area is white and contains the text "MERCI DE VOTRE ATTENTION" in a bold, green, sans-serif font.

MERCI DE VOTRE ATTENTION