

MASTERCLASSE AGO

Samedi 5 Novembre 2011

S.N.O.S.



**SYNDICAT NATIONAL DES
OSTEOPATHES DU SPORT**

PUBALGIE DU JOUEUR PROFESSIONNEL DE FOOTBALL:

Une expérience au KVK (Ligue 1 – Belgique)



QU'EST CE QU'UNE PUBALGIE D'UN POINT DE VUE MÉDICALE ET D'UN POINT DE VUE OSTÉOPATHIQUE ?

LA PUBALGIE « médicale »

- ✓ 1 Tendinite « vraie » des adducteurs
- ✓ 2 Pathologie pariétale = déficit musculaire
- ✓ 3 Arthropathie pubienne =
dégénérescence articulaire

1 La tendinite « vraie » des adducteurs

Origine

- 1 maladie d'insertion
- 2 tendinite du corps du tendon,
- 3 pathologie de la jonction musculo-tendineuse

Signes cliniques

- ✓ Douleur de la face interne de la cuisse
- ✓ Uni ou bilatérale
- ✓ Déclenchée par des accélérations, des décélérations ou des frappes de balle.
- ✓ Chronique, mais parfois à début brutal..

Douleurs provoquées à l'examen

- La palpation des tendons et/ou de l'insertion des adducteurs.
- L'étirement.
- La contraction résistée des adducteurs en statique, concentrique, excentrique.

Remarques :

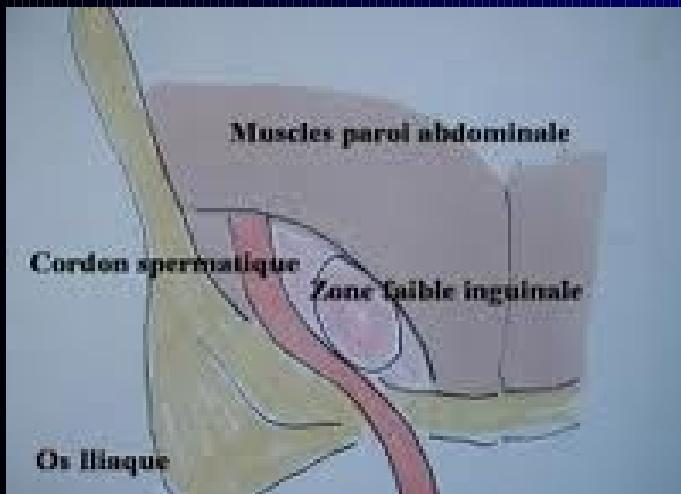
Lorsque la lésion est très proximale, les ostéoblastes de l'arc antérieur du bassin peuvent coloniser l'hématome. Il apparaît des ossifications parfois très volumineuses

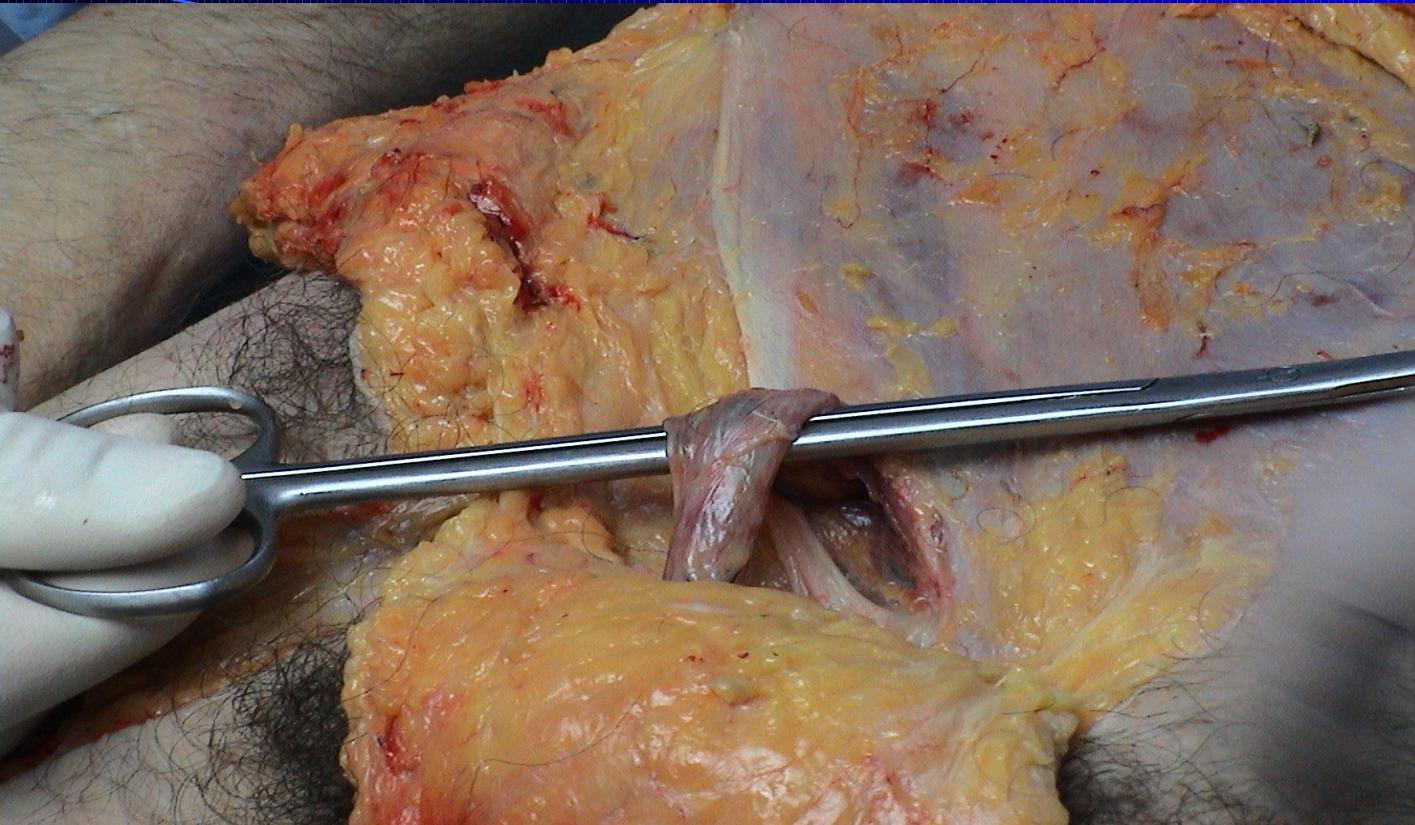
2 Pathologie pariétale = déficit musculaire

On peut distinguer trois origines :

- Une origine inguinale
- Une origine pariétale
- Une origine mixte

Dans les trois cas le joueur présente une douleur abdominale basse.





Argument en faveur d'un trouble inguinal:

- Impulsion à la toux, à l'éternuement.
- Disparition de la douleur à la compression.
- Palpation de l'orifice inguinal externe.



Argument en faveur d'insuffisance pariétale:

- Signe de Malgaigne: « gonfler le ventre! »
voussure au-dessus des arcades crurales.
- Douleur à la contraction des obliques et des abdominaux

3 Arthropathie de la symphyse pubienne



Figure 2 : cette radiographie du bassin montre un élargissement de l'espace articulaire et une érosion au niveau de la symphyse pubienne.

- Douleur localisée médiane symphysaire augmentée à la palpation.
- Douleur majorée par la compression des ailes iliaques.

LA RÉALITÉ



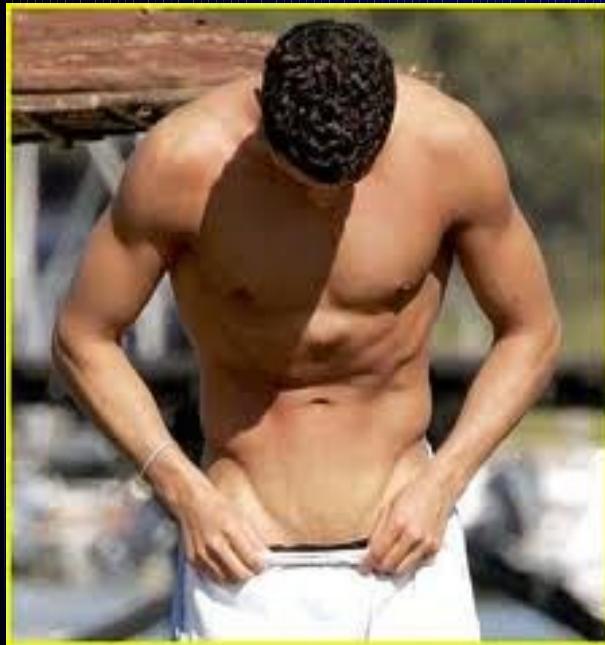
**Si c'était si simple !
Bien souvent il s'agit d'un mixte des trois !**

Diagnostic radiologique

L'imagerie par résonance magnétique est la seule technique d'imagerie capable d'étudier simultanément l'os des branches pubiennes, le fibrocartilage de la symphyse, les insertions tendineuses des adducteurs et des muscles larges de l'abdomen sur le pubis, ainsi que les muscles et cela dans tous les plans de l'espace.

Dans le contexte de la pubalgie du sportif, l'IRM n'est pas encore un examen de routine mais est probablement l'examen de choix. Elle permet en effet d'effectuer un bilan lésionnel complet lors de douleurs chroniques d'étiologie peu claire et ne répondant que mal au traitement conservateur. L'IRM permet d'affiner la stratégie chirurgicale en identifiant, lorsqu'elle est présente, une enthésopathie des adducteurs associée à l'insuffisance de la paroi abdominale. Seul l'apport de l'IRM semble avoir un impact sur l'attitude thérapeutique. (Berger 2000)

ETIOLOGIE MÉDICALE

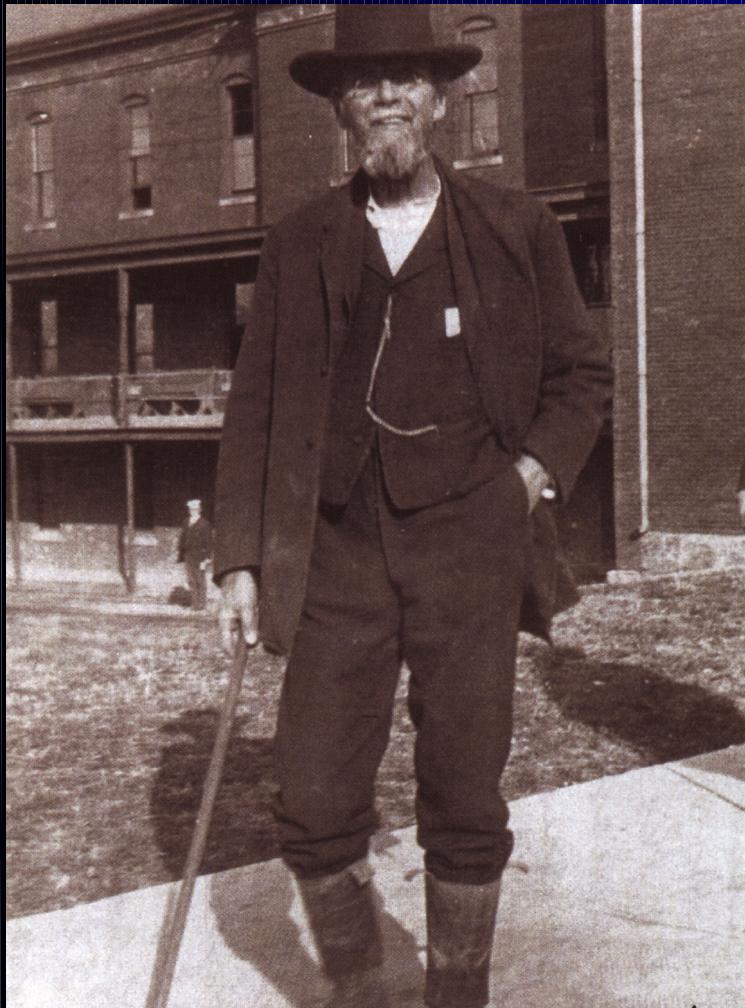


- Déséquilibre entre les muscles adducteurs et les muscles de la paroi antérolatérale de l'abdomen (grand oblique essentiellement)
- Excès de gestes nocifs : frappe de l'intérieur.
- Insuffisance d'étirements pré et post-efforts.
- Insuffisance de tonification de la sangle abdominale: déséquilibre et surcharge pubienne.



- Microtraumatismes répétés
- Entraînement mal mené

LA PUBALGIE en « ostéopathie»



En cultivant l'esprit provocateur de notre Maître AT Still nous pourrions avancer que le traitement de la pubalgie ne diffère guère d'une cervicalgie d'une lombalgie ou d'une entorse de cheville !

INTRODUCTION AU TRAITEMENT OSTÉOPATHIQUE DE LA PUBALGIE

Dans tous les cas l'approche reste globale et le traitement se focalise sur les restrictions de mobilité révélées par l'examen clinique du patient et non sur les symptômes présentés. Nous allons cependant dégager les tableaux qui nous paraissent les plus fréquents, à travers une étude de cas d'un joueur professionnel belge.

ETIOLOGIE EN OSTÉOPATHIE

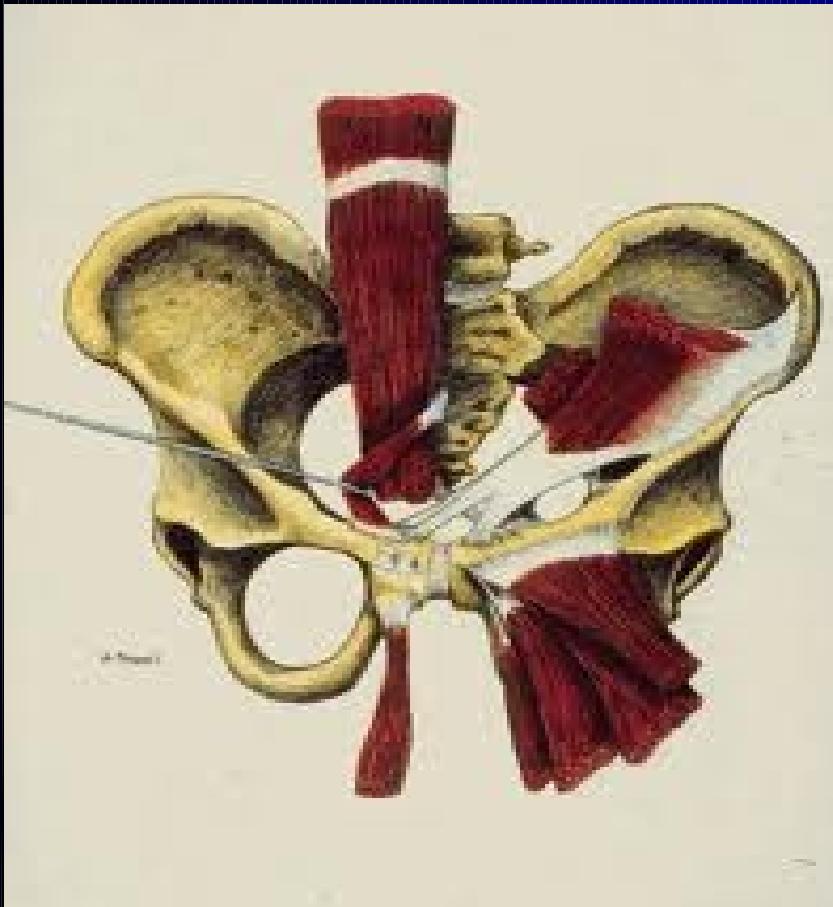


Essentiellement un déséquilibre de fonction musculaire ayant un impact sur le système ostéoarticulaire. Curieusement la synergie musculaire abdominaux adducteurs n'est jamais étudiée alors que c'est la principale cause !

Mais aussi :

- Rotation de hanche insuffisante
- Déséquilibre de la charnière T12L1.
- Bassin en antéversion ou en rétroversion excessive
- Troubles posturaux

ABORD OSTÉOPATHIQUE



L'examen ostéopathique du joueur prend en compte les éléments posturaux. Nous rechercherons aussi l'ensemble des dysfonctions, restrictions de mobilité avec modification de la densité et tension tissulaire, aussi bien ostéo-articulaires que touchant les tissus mous (peau, espace sous-cutané, fascias, viscères..).

PRÉSENTATION DU JOUEUR



- 26 ans Nationalité Belge
- Milieu attaquant - droitier
- Poids : 72 kg Taille : 1m77
- Pieds plats = port de semelles
- Angines fréquentes (tous les ans)
- Alimentation (Fromages tous les jours, café 3 tasses/j, Coca 2/j)

ATCD MÉDICAUX

- Entorse de cheville droite en 2006 et 2009
- Fracture du V ème métatarsien gauche opéré en 2005 par une broche
- Claquement dentaire à g, latéromandibulie g, scapula haute à g
- Distance doigts sol environ 10 cm
- Distance talon fesse environ 10 cm
- Présente un pubalgie gauche depuis Avril 2011, survenue à la fin d'un match chaîne musculaire à gauche ?

EXAMEN OSTÉOPATHIQUE

- Distance doigts sol environ 10 cm
- Distance talon fesse environ 10 cm
- Raideurs des pieds
- Limitation d'amplitude des chevilles en flexion/extension
- Inclinaison des cervicales limitées à gauche
- Rotation des cervicales limitées à gauche
- Claquement dentaire à g, latéromandibulie g, scapula haute à g
- Troubles de l'occlusion dentaire ++
- Contraction abdominale en poussée (= pubalgie) à corriger
- Rotateur externe de hanche droit et gauche déficit en force et en amplitude

TRAITEMENT OSTÉOPATHIQUE

Traitements ostéopathiques

- équilibration articulaire du pelvis (Sacrum post à g) ilium droit et gauche, pubis
- Zone charnière T12L1
- Zone T7T8T9
- Zone T1T2
- C3 en translation droite
- TGO global (Hanches bassin lombaires+++ - colonne)
- Myotensif psoas d et g
- Techniques ligamentaires de la colonne = orientation en extension
- Conseils alimentaires : Elimination des acides

CHRONOLOGIE DES TRAITEMENTS



- 15 Juin 2011 Première consultation d'équilibration globale
- 20 Juillet 2011 Grande amélioration et suite du traitement
- 27 Juillet 2011 Vérification et consolidation de l'équilibre ostéoarticulaire et musculaire
- 11 Septembre 2011 Consultation préventive car indolence totale !!

COMPLÉMENTARITÉ



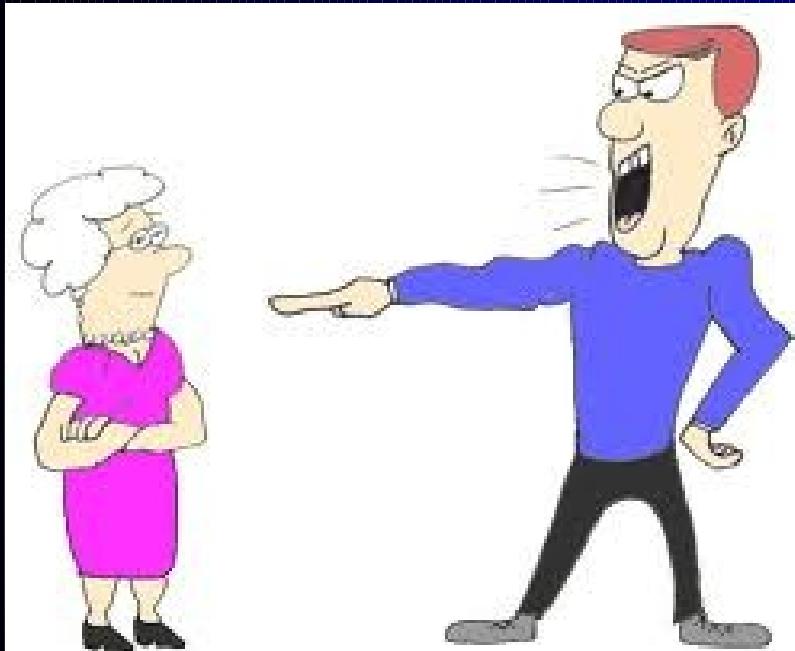
- En plus du traitement ostéopathique le joueur a suivi une rééducation adaptée avec le kinésithérapeutes du club :
 - Renforcement des abdominaux et des obliques = gainage
 - Travail de synergie musculaire entre abdominaux et add

CONCLUSION



- - Le joueur a évité l'opération, il est de nouveau un titulaire du groupe
- - Il envisage son avenir plus sereinement car il était en fin de contrat et susceptible d'être transférable mais « blessé »

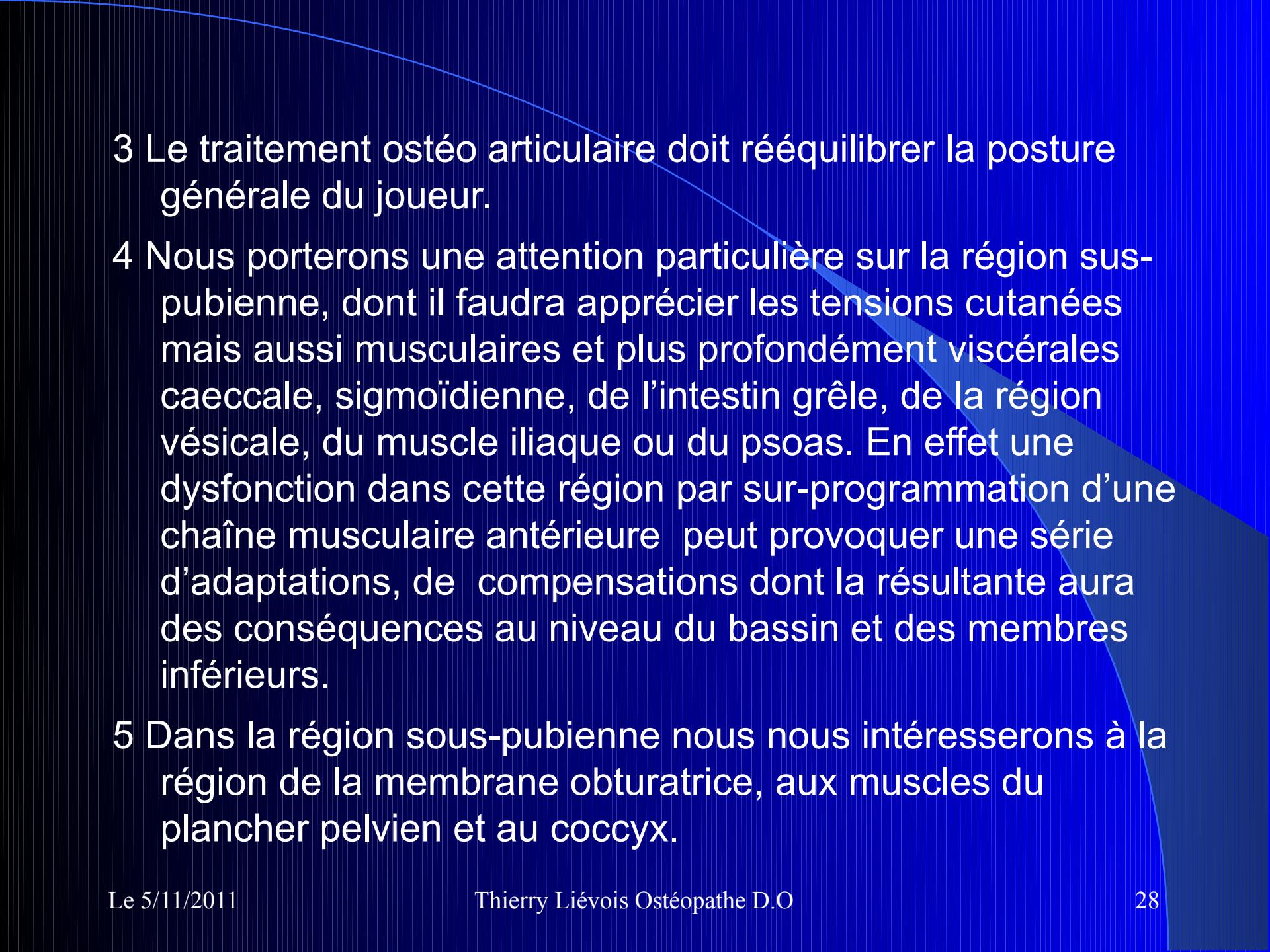
CRITIQUES



- Le reproche de cette prise en charge ostéopathique est de ne pas avoir explorer plus l'occlusion dentaire et les pieds plats mais le résultat était déjà là !
- On est aussi en droit de se poser la question suivante : Si le patient va mieux, trouve un équilibre ... faut il continuer au risque de le déséquilibrer ?

RÉFLEXIONS SUR LA PRISE EN CHARGE DE LA PUBALGIE EN OSTÉOPATHIE

- 1 L'examen postural (pieds, pelvis-colonne, occlusion, yeux) permet d'apprécier les tensions sur les chaînes musculaires antérieures et postérieures, droites ou croisées. Ce premier abord doit rapidement vous orienter vers les régions présentant des dysfonctions. On teste plus particulièrement les membres inférieurs, les hanches, le bassin, la charnière dorsolombaire.
- 2 Les tests effectués sont dynamiques à la recherche d'une restriction de mobilité, même si des tests positionnels peuvent orienter vers un diagnostic.

- 
- 3 Le traitement ostéo articulaire doit rééquilibrer la posture générale du joueur.
 - 4 Nous porterons une attention particulière sur la région sus-pubienne, dont il faudra apprécier les tensions cutanées mais aussi musculaires et plus profondément viscérales caeccale, sigmoïdienne, de l'intestin grêle, de la région vésicale, du muscle iliaque ou du psoas. En effet une dysfonction dans cette région par sur-programmation d'une chaîne musculaire antérieure peut provoquer une série d'adaptations, de compensations dont la résultante aura des conséquences au niveau du bassin et des membres inférieurs.
 - 5 Dans la région sous-pubienne nous nous intéresserons à la région de la membrane obturatrice, aux muscles du plancher pelvien et au coccyx.

6 La région diaphragmatique retiendra notre attention, plus particulièrement les viscères en rapport direct avec la coupole, estomac et foie. En effet par l'intermédiaire de la paroi abdominale en avant et des piliers du diaphragme en arrière le bon fonctionnement du bassin peut s'en trouver perturbé.

L'examen de toutes ces régions est bien sûr long et fastidieux mais avec l'habitude la main se laisse guider vers les zones en restriction de mobilité dont il ne reste qu'à tester analytiquement les différentes structures anatomiques.

BIBLIOGRAPHIE

- André Berger « Approches diagnostiques et thérapeutiques de la pubalgie du sportif » Thèse de médecine 2000 Genève
- Pr François Bonnel (Orthopédie et traumatologie, Université de Montpellier) La pubalgie : traitement chirurgical L'Observatoire du Mouvement n°1 2006
- Dr Patrick DECOOPMAN « Pubalgies : du diagnostic au traitement » 2006 IRBMS du Nord pas de Calais Diaporama
- Dr Franck Le Gall La pubalgie, le point en 2006 L'Observatoire du Mouvement n°1 2006
- O. TRAORE, J. YILBOUDO, M. SANOU, la pubalgie : aspects cliniques à propos de 4 cas observés dans lme service de traumatologie et d'orthopédie du centre national (CHN) de OUAGADOUGOU
- K. VAN DER DONCKT, F. STEENBRUGGE, K. VAN DEN ABEELE, R. VERDONK, M. VERHELST Bassini's hernial repair and adductor longus tenotomy in the treatment of chronic groin pain in athletes Acta Orthopædica Belgica, Vol. 69 - 1 – 2003