



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



## Pubalgies du sportif



### *Sports hernia according to the rectus abdominis, oblique and transverse abdominis muscle's pathologies*

Marc Dauty

Pôle de MPR locomoteur, hôpital Saint-Jacques, CHU de Nantes, 44035 Nantes cedex 01, France

#### INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Accepté le 17 mars 2015

Disponible sur Internet le 5 mai 2015

Mots clés :

Pubalgie  
Canal inguinal  
Sport

Keywords:

Groin pain  
Inguinal canal  
Sports

#### RÉSUMÉ

Le diagnostic de pubalgie du sportif est difficile et impose d'avoir d'abord éliminé une pathologie urogénitale ou digestive. Des déséquilibres entre les muscles obliques de l'abdomen et adducteurs, ou entre adducteurs et abducteurs de hanche, semblent au cœur de sa physiopathologie, mais celle-ci reste encore discutée. L'examen programmé du pubis permet d'évaluer la douleur, les amplitudes des hanches, la mobilité du rachis, et de mesurer la force des muscles en particulier celle des adducteurs et abdominaux (grands droits et obliques). La présence d'une hernie inguinale incite à une solution chirurgicale. Les douleurs isolées du canal inguinal doivent être soigneusement distinguées d'autres douleurs musculo-tendino-osseuses souvent intriquées, grâce surtout à la clinique, même si l'IRM paraît incontournable chez le sportif de haut niveau. Le traitement dépend des déficiences musculaires et articulaires. Il consiste en exercices de gain d'amplitude articulaire de hanche et/ou de renforcements musculaires analytiques, visant à redonner une dynamique au pubis et à permettre la reprise d'efforts infra-douloureux. La progression doit se faire étape par étape sans focaliser sur la durée d'indisponibilité sportive afin d'éviter les récurrences, ou le passage à la chronicité. Si le traitement est bien conduit, la reprise du sport au même niveau est possible dans un délai de 3 mois dans 80% des cas. Dans les formes rebelles, une indication chirurgicale de réparation des murs du canal inguinal peut être posée, qui donne de bons résultats dans 65 à 95% des cas. Une prévention secondaire est nécessaire pour préserver les équilibres musculaires du pubis.

© 2015 Société française de rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

#### ABSTRACT

Groin pain in sportsmen corresponds to a difficult clinical diagnosis which imposes first of all to eliminate uro-genital or digestive diseases. Physiopathology remains badly known even if the role of muscular imbalances between the rectus/obliquus abdominis and/or hip adductors/abductors is favored. The scheduled examination of the pubis allows to evaluate pain, the hips and back range of motion, and to measure the muscular force in particular of hip adductors and abdominal muscles (rectus and obliquus abdominis). If inguinal hernia may lead to surgical procedure, isolated pain of the inguinal canal must be carefully distinguished from other muscular-tendinosis-bone's pains. Clinical examination allows the diagnosis, even if MRI is a key imaging in the high-level sportsman. Treatment is based on the muscular and joint deficiencies analysis. It consists of hip range of motion gain and/or analytical muscular strengthening to restore the dynamics of the pubic joint and to allow the resumption of infra-painful sport training. Progress has to be made step by step. Indeed sport should not be resumed to early since recurrence of pain or even chronicity of pain would occur. According to well-managed treatment, sport resumption at the same level is possible within 3 months in 80% of cases. When rehabilitation fails, a surgical indication to repair the different walls of the inguinal canal can be suggested with good results in 65 to 95% of cases. Secondary prevention must be set up to keep muscular balances of the pubis.

© 2015 Société française de rhumatologie. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Adresse e-mail : [marc.dauty@chu-nantes.fr](mailto:marc.dauty@chu-nantes.fr)

<http://dx.doi.org/10.1016/j.monrhu.2015.03.009>

1878-6227/© 2015 Société française de rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

## 1. Introduction

Les pubalgies du sportif résultent en proportions variées des souffrances des adducteurs et des muscles abdominaux s'insérant à proximité de la symphyse [1]. La complexité de l'anatomie et de la physiologie de cette région ne simplifie pas la compréhension des pubalgies et leur nosologie. Il s'agit d'un « carrefour abdomino-pubo-fémoral » qui peut être vu comme une structure ostéo-musculo-tendineuse dynamique [2], mais aussi considéré comme le « triangle des Bermudes » de la médecine du sport du fait des difficultés diagnostiques souvent rencontrées [3]. En effet, même si la tendinopathie des adducteurs, la plus souvent observée, pose moins de problème diagnostique, l'identification des lésions des orifices, superficiel et profond, du canal inguinal est bien plus délicate, et sera donc la plus développée ci-dessous. Une approche analytique de l'ensemble de ces structures est requise, qui doit comporter l'évaluation des amplitudes de la hanche, ainsi que de la force musculaire des adducteurs et des abdominaux.

## 2. Anatomie fonctionnelle du carrefour pubien

Le « complexe pubien dynamique » solidarise les muscles du tronc et des cuisses afin d'assurer le transfert du poids lors des appuis, et de résister aux compressions. Il est formé d'une articulation symphysaire renforcée par trois systèmes ligamentaires. Le système antérieur est constitué des muscles grands droits de l'abdomen, le système postérieur des ischio-jambiers et du grand adducteur, et le système médial des adducteurs, du gracilis et de l'obturateur externe [4]. Au niveau du pubis, différentes insertions musculaires assurent un équilibre des forces selon une opposition entre les grands droits de l'abdomen/obliques et les longs adducteurs d'une part, et entre les adducteurs et abducteurs de hanche, d'autre part. Au niveau de l'aîne, les muscles abdominaux soutiennent le canal inguinal, lequel est formé de deux orifices, superficiel et profond, et de deux murs, antérieur et postérieur [5] (Fig. 1).

Le mur abdominal antérieur forme l'anneau inguinal superficiel selon un triangle fermé en bas par l'arcade crurale sur laquelle repose l'ensemble du canal inguinal, avec en dedans et en dehors les piliers internes et externes du muscle oblique externe, respectivement. Ces piliers s'entrecroisent avec le côté opposé, si bien qu'ils sont en continuité avec le gracilis (adducteurs), et les grands droits de l'abdomen. L'insuffisance du mur antérieur peut aboutir à une déhiscence herniaire, conséquence de la dilacération dégénérative de l'aponévrose du muscle oblique externe [6,7].

Le mur abdominal postérieur forme l'anneau inguinal profond, avec en bas le ligament inguinal de Henle et le fascia transversalis,

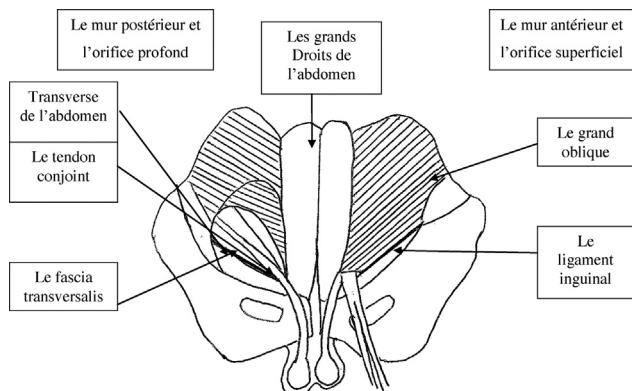


Fig. 1. Le canal inguinal défini par les murs antérieur et postérieur.

Tableau 1  
Facteurs de risque de pubalgie.

Facteurs extrinsèques	Facteurs intrinsèques
Variation d'intensité sportive	Hypertrophie des adducteurs
Changement de surface de pratique	Défaut de gainage du tronc
Répétition gestuelle et fatigue	Raideur des adducteurs
Frappe de balle au pied	Raideur de hanche (abduction rotations)
Lésion aiguë (tacle)	Âge
Rééducation insuffisante	Ethnie
Nombre de récives	Inégalité de longueur de membre

et en dedans le tendon conjoint formé à partir des fibres tendineuses des muscles transverse de l'abdomen et de l'oblique interne [5]. L'anneau inguinal profond est surmonté par le muscle transverse de l'abdomen. L'insuffisance du mur postérieur se produit par la faiblesse des muscles transverses et obliques internes. Cette insuffisance est souvent associée à une pathologie d'insertion des grands droits de l'abdomen en raison de la proximité des attaches de ce muscle [1].

## 3. Pathogénie et épidémiologie de la pubalgie chez le sujet sportif

La première description de pubalgie a été faite en 1932 par Spinelli, à propos d'un escrimeur qui sollicitait trop son membre inférieur en abduction et rotation externe [8]. Le patient type est un homme, avec deux pics de fréquence (17–18 ans et 30–35 ans). Les efforts de sprint alternant accélérations et décélérations, changements de direction, voire frappe de balle de l'intérieur du pied, semblent particulièrement pourvoyeurs de pubalgie. Les variations brutales d'activité physique en quantité et en intensité ont été incriminées, au même titre que les variations dans la dureté des sols. Chez le footballeur, le tacle correspondrait à la gestuelle la plus dangereuse du fait de l'association d'une adduction de hanche, d'une bascule postérieure du bassin et d'une extension du tronc mettant simultanément en tension les muscles adducteurs et grands droits de l'abdomen. Une insertion trop basse des grands droits facilitant une surcharge des adducteurs pourrait également être impliquée [4,9]. D'autres facteurs de risque ont été récemment incriminés, dont l'insuffisance de force des abducteurs de hanche, à l'origine d'une diminution de l'amplitude de l'abduction de la hanche (Tableau 1) et d'un déséquilibre avec les adducteurs. Cette dernière possibilité doit être distinguée d'une inhibition de la contraction des abducteurs du fait de la douleur.

Les pubalgies rendraient compte de 2 à 5% des blessures des sportifs, la tendinopathie des adducteurs en étant la première sous-étiologie [10]. Certains sports semblent plus à risque : la pubalgie représente jusqu'à 20% des blessures rencontrées chez le karatéka, 10% à 18% chez le footballeur, 10–11% chez le hockeyeur, et 10% chez le handballeur. Ces pourcentages sont sans doute sous-estimés, car beaucoup de sportifs amateurs ne consultent pas. La souffrance des adducteurs serait à l'origine d'une indisponibilité pour 11 entraînements par an chez le nageur de brasse de compétition [10]. Par rapport à d'autres lésions, le risque de récives semble nettement accru en cas de « primo-pubalgie » (d'un facteur 4 environ), avec par exemple 44% de récives chez le hockeyeur et 32% chez le footballeur australien [11,12].

## 4. Le diagnostic de pubalgie est avant tout clinique

En raison de la complexité du carrefour pubien, il est nécessaire de procéder par étapes, selon une stratégie d'élimination basée sur un examen clinique programmé et rigoureux [13].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3389787>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3389787>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)