

Cas clinique

Ressaut distal du biceps fémoral : à propos de 2 cas et revue de la littérature

Snapping biceps femoris: A review of two cases

I. Prothoy*, J.-L. Cartier

Polyclinique des Alpes du Sud, 3, rue Coronat, 05000 GAP, France

Disponible sur Internet le 13 mai 2014

Résumé

Le ressaut du biceps fémoral sur la tête de la fibula est peu fréquent. Les causes retrouvées dans la littérature sont une anomalie d'insertion tendineuse, un traumatisme sur le tendon ou une hypertrophie de la tête de la fibula. Nous rapportons deux cas de ressauts douloureux du biceps fémoral, dont le traitement médical a suffi à obtenir l'indolence.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Ressaut du genou ; Ressaut du biceps fémoral ; Douleur latérale du genou ; Échographie ; Syndrome de la bandelette ilio-tibiale

Abstract

Snapping of the biceps femoris over the fibular head is an uncommon condition. Reported causes include an anomalous insertion of the tendon, trauma at the insertion site of the tendon, and an abnormality of the fibular head. This article reports two cases of a painful snapping biceps femoris tendon. Medical management resulted in a complete resolution of symptoms.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Snapping knee; Snapping biceps; Lateral knee pain; Sonography; Biceps femoris; Iliotibial band syndrome

1. Introduction

Les ressauts latéraux du genou sont fréquents. Toutefois, à côté du célèbre syndrome de l'essuie-glace ou de la bandelette ilio-tibiale, d'autres causes sont à considérer. Nous en apportons ici un exemple.

2. Observation

2.1. Le premier cas

Le premier cas est un skieur alpin de l'Equipe de France, âgé de 25 ans, qui se plaignait depuis quelques mois d'un ressaut douloureux sur la face latérale du genou gauche, le gênant plutôt dans sa préparation physique lors de la pratique du vélo ou de squat (mouvement d'haltérophilie consistant à descendre en position debout, les pieds écartés avec une barre chargée de

poids sur le dos, jusqu'à maintenir ses cuisses à l'horizontale, puis à remonter dans la position de départ).

L'examen clinique du genou était strictement normal, en dehors du ressaut perçu vers 100° de flexion à l'examen passif allongé, mais bien mieux visible debout en charge lors d'une flexion de genou.

Une échographie a retrouvé une anomalie dans l'insertion distale du biceps du côté douloureux, avec un faisceau antérieur unique et une absence de faisceau postérieur (Fig. 1 et 2). Il existait également une petite bursite douloureuse à la face profonde du tendon juste en arrière de la tête de la fibula. En échographie dynamique, le ressaut du tendon était évident sur la tête fibulaire vers 100° de flexion, reproduisant la douleur connue du patient.

Le traitement a consisté en une simple modification de la préparation physique, avec une adaptation de la hauteur de la selle du vélo et remplacement des squats par des demi-squats (il s'agit de moins fléchir les cuisses).

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : ivanprothoy@hotmail.com (I. Prothoy).

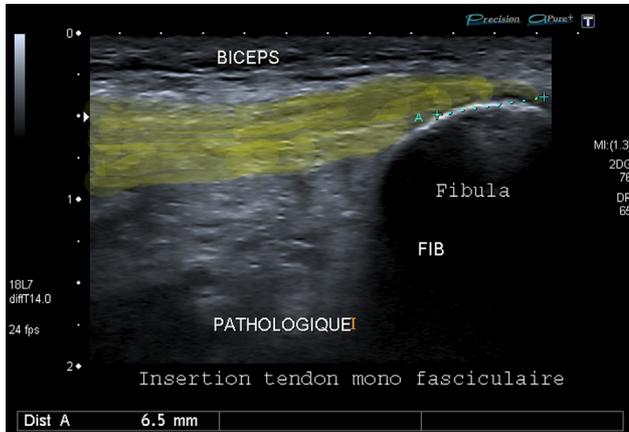


Fig. 1. Échographie tendon pathologique.

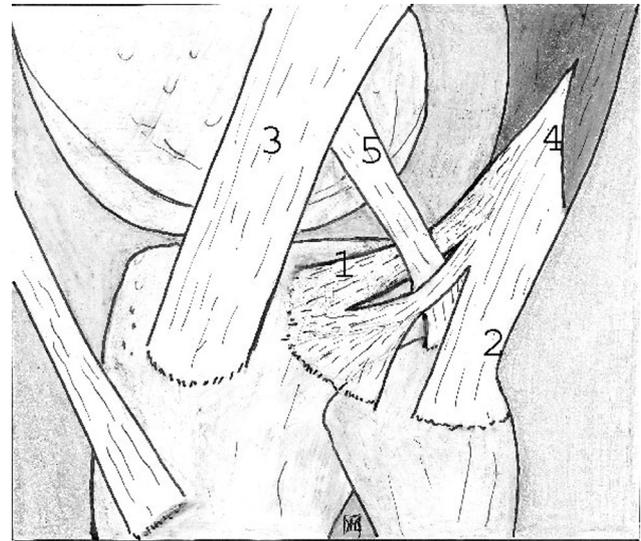


Fig. 3. Vue latérale du genou en extension. 1 : faisceau antérieur du tendon distal du biceps fémoral ; 2 : faisceau postérieur du tendon distal du biceps fémoral ; 3 : bandelette ilio-tibiale ; 4 : jonction myotendineuse du biceps fémoral ; 5 : ligament collatéral latéral.

2.2. Le deuxième cas

Le deuxième cas est une jeune fille de 17 ans, pratiquante assidue de gymnastique, hyperlaxe, présentant une gêne persistante après une luxation externe de rotule de genou gauche sous forme d'un ressaut douloureux externe parfaitement visible cliniquement. L'examen a retrouvé une absence de laxité externe pathologique de la rotule mais la présence de deux zones douloureuses à la face latérale du genou, à quelques centimètres d'intervalle. On a envisagé alors un syndrome de frottement de la bandelette ilio-tibiale et/ou un ressaut externe du biceps fémoral.

L'échographie dynamique a objectivé le ressaut du tendon bicipital sur la tête de la fibula vers 100° de flexion du genou, mais sans qu'aucune anomalie anatomique d'insertion ne soit détectable. Par ailleurs, le frottement douloureux a été retrouvé sans ressaut entre la face profonde de la bandelette ilio-tibiale et le condyle externe fémoral. Une IRM réalisée avant l'échographie a mis en évidence un œdème au niveau du condyle externe, témoin de la luxation datant de quelques mois, pouvant expliquer la sensibilité au frottement de la bandelette ilio-tibiale. Aucune anomalie du biceps distal ou de la tête de la fibula n'a été notée. Le traitement a consisté en une modification du geste sportif douloureux (ici, parage des chutes en gymnastique de

ses plus jeunes collègues d'entraînement, et rétro-pédalage en piscine à l'entraînement du sauvetage de mannequin lesté).

3. Discussion

3.1. Anatomie et biomécanique

Le muscle biceps fémoral se termine par un tendon commun aux deux chefs musculaires qui passe en arrière du condyle externe (Fig. 3 et 4). Ce tendon se divise 3 à 4 cm avant son insertion en un faisceau antérieur et médial et un faisceau postérieur et latéral pour laisser place au ligament collatéral latéral dans 88 % des cas [1]. Le faisceau postérieur est inconstant dans 12 % des cas. Au niveau de la division tendineuse, une expansion est parfois retrouvée reliant le tendon au condyle fémoral

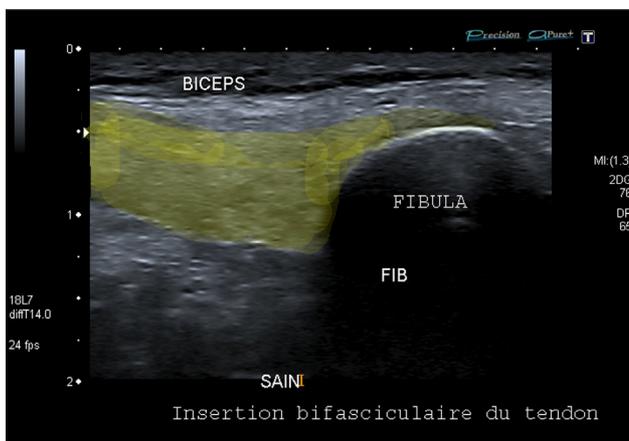


Fig. 2. Échographie tendon sain.

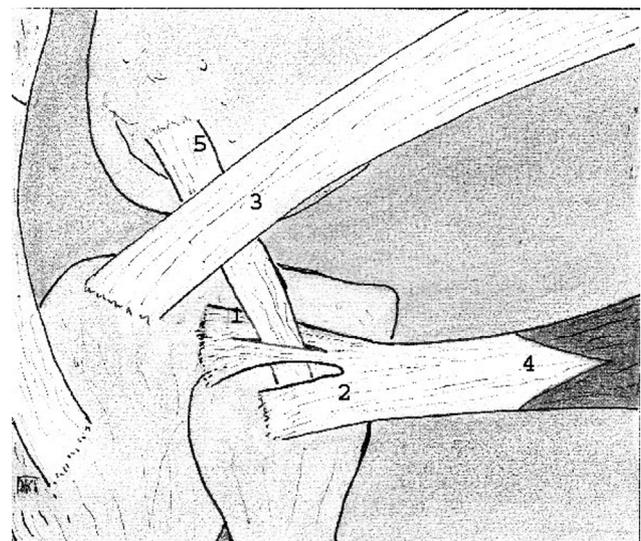


Fig. 4. Vue latérale du genou en flexion.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4076477>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4076477>

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