



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

La pubalgie du sportif en pratique

Athletic pubalgia in medicine

M. Sailly



Centre de biologie et de médecine du sport de Pau, boulevard Hauterive, 64000 Pau, France

Disponible sur Internet le 23 août 2013

MOTS CLÉS

Pubalgie ;
 Adducteurs ;
 Canal inguinal ;
 Démarche
 diagnostique

KEYWORDS

Athletic pubalgia;
 Groin pain;
 Adductor muscle;
 Inguinal canal;
 Medical management

Résumé La pubalgie est une pathologie fréquente chez le sportif mais sa prise en charge reste pourtant un challenge. Sur le plan international, les terminologies s'harmonisent peu à peu et une volonté de créer des examens cliniques sensibles, spécifiques et reproductibles ainsi que des moyens de suivi thérapeutique validés émerge et devrait permettre la publication de travaux de plus haut niveau de preuve dans un proche avenir. Cette région anatomique est complexe et la physiopathologie reste discutée. Le diagnostic de pubalgie est un diagnostic d'élimination qui est posé suite à une démarche diagnostique rigoureuse. Quatre grandes entités anatomiques sont regroupées sous le terme de pubalgie. Cette dernière, dans de nombreux cas, présente une forme associée et le clinicien s'attache à proposer une cartographie précise des sites lésionnels. Il guide ainsi la prise en charge de rééducation qui est le plus souvent le traitement de première intention. Enfin par un suivi régulier, il évalue l'évolution des symptômes et opte si nécessaire pour un traitement chirurgical en cas d'échec ou de lésions ne répondant que partiellement au traitement conservateur. Une prise en charge multidisciplinaire centrée sur l'athlète permet un retour aux activités physiques sans douleur après plusieurs mois.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary Athletic pubalgia is a frequent diagnosis in sport medicine but its management remains a challenge. Terminology tends to harmonization among the international scientific community and a will to create sensible, specific and reliable diagnostic tools and validated functional scoring might allow high quality research in a near future. Groin is a complex anatomic crossroad and physiopathology is still debated. Athletic pubalgia is an exclusionary diagnosis following a rigorous diagnostic strategy to rule out many differential diagnoses. Four anatomical entities fall under the athletic pubalgia terminology. In a fairly high proportion, groin pain is an association of these injured entities and the sport physician will have to draw precise lesion cartography. He guides rehabilitation, which stays the first treatment option. Through regular follow-ups, he assesses treatment response and he must be able to switch to surgical option in case of failure of conservative treatment or partial healing of injury. A multidisciplinary approach athlete-focused authorizes a pain free return on the field after several months.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Adresse e-mail : matthieusailly@yahoo.fr

1. Introduction

Depuis 1932 et la première description de pubalgie chez le sportif par Spinelli, où en sommes-nous ?

Un retard considérable s'est accumulé, conséquence d'un défaut majeur d'harmonisation de la terminologie sur le plan international. Ce problème se résout progressivement et un semblant de consensus émerge sur les différentes formes cliniques regroupées sous le terme de pubalgie du sportif. L'examen clinique reste peu codifié et, à l'inverse d'articulations comme l'épaule ou le genou, peu de tests sont à la fois reproductibles, sensibles et spécifiques des différentes lésions rencontrées [1]. Le diagnostic de pubalgie du sportif reste un diagnostic d'élimination qui ne sera posé qu'après avoir scrupuleusement écarté les nombreux diagnostics différentiels sources de douleurs locorégionales de pubis.

Cette pathologie couvre un carrefour anatomique complexe regroupant le rachis, les sacro-iliaques, la symphyse pubienne, l'articulation coxofémorale et de nombreuses structures musculotendineuses et nerveuses. Il est clairement établi que ces éléments sont intimement intriqués, parfois anatomiquement en continuité et donc fonctionnent en synergie comme par exemple les muscles abdominaux (muscle droit de l'abdomen et muscle oblique externe) et les muscles adducteurs (muscle long adducteur et gracile) [1,2]. La physiopathologie en demeure encore débattue et multifactorielle. Un déséquilibre musculaire entre le groupe des adducteurs et la sangle abdominale est souvent cité comme cause première de perte de coordination et de synchronisation du couple tronc-membres inférieurs source de lésions microtraumatiques. Certains décrivent des adducteurs trop puissants et rétractés, associés à une sangle abdominale faible chez le footballeur, quand d'autres vont rapporter un déficit des muscles adducteurs, relatif aux abducteurs de hanche chez les hockeyeurs sur glace [2]. Des études récentes mettent en avant la fréquente association de pubalgie du sportif à des coxarthropathies débutantes ou des conflits fémoro-acétabulaires [3].

Les athlètes touchés le sont soit en début de carrière entre 17 et 19 ans, soit en fin de carrière entre 33 et 37 ans [2] et sont dans la majeure partie des cas de sexe masculin. Selon les études et tous sports confondus, la pubalgie représente 5 à 18 % des pathologies totales du sportif [3]. Les sports les plus souvent cités sont le football, le hockey sur glace, le football australien, le rugby, le basket-ball et l'athlétisme [2].

La prise en charge reste une affaire d'experts et peu de travaux scientifiques de haut niveau de preuve ont permis d'établir un arbre décisionnel précis. Si le traitement conservateur est très souvent la première étape du traitement, la prise en charge chirurgicale reste en seconde intention. Les techniques sont multiples et rapportent des résultats variés [4]. Le bon timing pour poser l'indication chirurgicale chez un patient sportif reste un challenge important pour le médecin du sport.

« Fourre tout » diront certains. Une bonne connaissance anatomique et une démarche diagnostique structurée aident à éviter de nombreux pièges et à proposer la meilleure démarche thérapeutique afin d'assurer un retour à l'activité physique sans douleur dans les meilleurs délais [3].

Tableau 1 Objectifs de la démarche diagnostique.

| |
|---|
| Éliminer les diagnostics différentiels : utilisation des examens d'imagerie |
| Définir la forme de la pubalgie (intérêt dans le suivi) |
| Poser si nécessaire l'indication chirurgicale sans perdre de temps |

2. Objectifs du praticien

La prise en charge de la pubalgie est pluridisciplinaire et chaque intervenant (médecin du sport, kinésithérapeute, podologue, ostéopathe et chirurgien) y joue une partition définie.

L'objectif du clinicien sera tout d'abord d'éliminer définitivement les nombreux diagnostics différentiels (Tableau 1) Pour ce faire, la clinique, associée aux examens d'imagerie orientés, est à réaliser sans attendre. Dans la plupart des cas, le traitement conservateur est dans un premier temps initié [2], le praticien s'appliquera à définir précisément la pubalgie selon sa forme clinique unique ou associée. La cartographie initiale permettra de guider la prise en charge de rééducation et d'évaluer lors des suivis la réponse au traitement. Enfin, il faudra si besoin orienter sans perte de temps le sportif vers un traitement chirurgical. Cela en cas d'échec de la rééducation ou précocement dans certaines formes ne répondant que partiellement au traitement conservateur bien conduit [3].

3. Les quatre entités anatomiques

Selon les études, quatre entités anatomiques peuvent être incriminées de façon isolée ou associée (25 à 85 % des cas). Le mode lésionnel de ces différents sites sera soit aigu ou chronique [3] :

- muscles abdominaux :
 - aiguë :
 - lésion musculo-aponévrotique du droit de l'abdomen,
 - désinsertion distale du droit de l'abdomen,
 - chronique : enthésopathie distale du droit de l'abdomen ;
- muscles adducteurs :
 - aiguë :
 - lésion myotendineuse proximale du long adducteur,
 - désinsertion proximale partielle ou totale du long adducteur,
 - chronique : enthésopathie des adducteurs (enthèse commune des muscles long adducteur et gracile),
 - association possible à une irritation du nerf obturateur (branche antérieure) [5] ;
- symphyse :
 - sub-aiguë ou chronique : apophysite pubienne,
 - chronique : ostéo-arthropathie de type dégénératif ;
- canal inguinal :
 - aiguë : rupture des piliers du muscle oblique externe et /ou déchirure la paroi du canal,
 - chronique : déficience du mur postérieure (fascia transversalis et/ou tendon conjoint),

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4092976>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4092976>

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