

LA PUBALGIE DU SPORTIF

M. Bouvard^{a*}, A.Lippa^a, G. Reboul^b, C.Lutz^c

^a Centre Hospitalier de Pau – 64046 – Pau cedex

^b Unité de chirurgie pariéto-abdominale - Clinique du Sport – 33700 – Mérignac

^c Clinique du Diaconat - 67000 Strasbourg

* Auteur correspondant

Adresse électronique : marc.bouvard@ch-pau.fr

Téléphone : +33(0)559924934 télécopie : +33(0)559726757

1 - INTRODUCTION

Malgré l'absence de consensus, une conception commune de la nosologie est retrouvée dans plusieurs revues générales ou travaux de référence sous le terme de « pubalgie du sportif ». Suite à nos travaux précédents, nous proposons de définir sous le terme « **pubalgie du sportif** », **une seule maladie du carrefour pubien** liée à l'effort sportif. Cette maladie est fréquemment récurrente. Elle s'exprime de façon isolée mais très souvent combinée en quatre formes cliniques (Encadré 1). Avec la pratique sportive, des lésions secondaires vont apparaître comme l'atteinte micro-traumatique de la symphyse, des enthèses et le syndrome canalaire du nerf obturateur ou des nerfs ilio-inguinal et ilio-hypogastrique.

Les formes associées atteignent 25 à 85% des pubalgies dans les études cliniques. L'étude de la pathologie des structures anatomiques doit être complétée par l'analyse du geste, de la posture, des couples force-souplesse en présence, de part et d'autre de la symphyse.

La pubalgie du sportif est une pathologie du jeune sportif, presque exclusivement masculine. Elle est d'autant plus longue et difficile à guérir que le diagnostic lésionnel précis est tardif. La pubalgie touche 5-18% des sportifs, tous sports confondus. 58% des footballeurs possèdent un antécédent de douleur pubienne.

Diagnostics différentiels

Ils sont nombreux et concernent l'appareil locomoteur mais aussi l'abdomen, le bassin et le système nerveux périphérique. Le praticien doit rester vigilant à ne pas porter le diagnostic de pubalgie trop rapidement ou par excès sous prétexte qu'il intéresse un patient jeune et sportif. Le diagnostic de pubalgie du sportif ne doit être retenu qu'après étude détaillée clinique et para-clinique de la région lombo-pelvienne. Pour une majorité d'auteurs la pubalgie du sportif est un diagnostic d'élimination.

2 – FORMES CLINIQUES

Un diagnostic précoce réduit la morbidité de la pubalgie. L'**interrogatoire** minutieux précède l'examen physique. Il permet de retrouver dans une majorité de cas l'apparition de douleurs inguinales survenant progressivement pendant mais surtout rapidement après la pratique sportive. Les confluences anatomiques si caractéristique du carrefour pubien expliquent que les douleurs soient uni- ou bilatérales, qu'elles irradient vers la haut et vers le bas dans au moins 30% des cas (surtout au niveau de la partie proximale des adducteurs, vers le scrotum ou vers le périnée) et qu'elles puissent prendre un caractère impulsif. L'évolution défavorable, en l'absence de traitement, est la règle sur plusieurs mois, voire sur plusieurs saisons. Au

niveau sportif, les gestes les plus vulnérants sont les tacles, les coups de pieds, le contrôle de la balle ou d'un tir par l'intérieur du pied (attaquant au football, buteur au rugby).

Dans un petit nombre de cas la pubalgie va survenir brutalement, avec ou sans antécédent, à la faveur d'un traumatisme aigu comme un tir contré en football ou hockey, un grand écart subit, une réception de saut unipodal violente ou appuyée par un adversaire, une glissade avec chute non contrôlée. La lésion traumatique peut toucher les quatre secteurs de la pubalgie et venir décompenser une situation mécanique tangente du carrefour pubien.

Deux consultations sont nécessaires à l'établissement du diagnostic clinique dont une réalisée au décours d'une période d'effort car nombre de signes vont se retrouver frustrés ou disparaître à la faveur du repos. L'esprit de l'examineur devra rester vigilant aux nombreux diagnostics différentiels et notamment ceux dont le pronostic est grave.

2 - 1 - La Symphyse

a – lésions traumatiques

Les **lésions aiguës de la symphyse** sont la double fente réalisant une fissuration du fibrocartilage comparable aux lésions intraméniscales et la lésion des enthèses périphériques avec des fentes accessoires traduisant une désinsertion du gracilis chez le jeune.

b- lésions chroniques

7 à 17% des pubalgies sont des formes symphysaires pures. L'atteinte microtraumatique de la symphyse peut être décrite en quatre stades évolutifs : le surmenage articulaire, l'ostéonévrose symphysaire, l'ostéoarthropathie, l'arthrose. La douleur, rapportée par le patient, est de siège symphysaire pure, médiane, non impulsive. L'évolution de cette forme est longue.

2- 2 - Les Muscles Adducteurs

Le long adducteur est le plus souvent touché mais il existe des atteintes isolées des autres muscles adducteurs, y compris du pectiné.

a – lésions traumatiques

Les **lésions traumatiques sont favorisées par une contraction excentrique soudaine**. Elles surviennent brutalement sous trois formes : l'avulsion de l'angle inférieur de la symphyse chez l'adolescent et l'adulte jeune, la désinsertion plus ou moins complète ou l'accident musculaire classique survenant à la jonction myotendineuse, le long de la lame profonde, sur le tiers proximal, mal vascularisé.

L'interrogatoire recherche lors de l'accident brutal la notion de craquement, l'impotence rapide marquée, voire immédiate. La présence d'une ecchymose retardée de la face interne de cuisse est un signe de gravité. Les manœuvres sollicitant le groupe des adducteurs sont très sensibles voire. Si la lésion est négligée, les récurrences sont fréquentes. La douleur est ressentie en sous-pubien, à la face interne de la racine de cuisse et n'a pas de caractère impulsif. Lors de l'examen physique, la douleur est retrouvée contre résistance, à l'étirement et la palpation dans la même région (et non en sus-pubien).

En l'**absence de lésions visibles en imagerie**, la douleur ressentie dans la région des adducteurs doit faire sans tarder évoquer une souffrance des nerfs ilio-inguinaux et ilio-hypogastriques dans le canal inguinal dont le bloc anesthésique redressera le diagnostic dans les cas douteux.

Les lésions chroniques peuvent également se compliquer d'un **syndrome canalaire du nerf obturateur**, moins connu. Un bloc anesthésique et un électromyogramme (après 3 mois) peuvent venir confirmer le diagnostic.

2 - 3 - Les Muscles Abdominaux

Des **accidents aigus** peuvent survenir également sur ce secteur avec désinsertion plus ou complète d'un des droits abdominaux, notamment lors de gestes balistiques. Le tableau est bruyant et très évocateur. Une association de lésion aigue de l'insertion des droits abdominaux et des adducteurs peut se rencontrer lors de certains traumatismes particulièrement violents.

L'**atteinte chronique** de la partie basse et de l'insertion des droits abdominaux réalise une enthésopathie, une asymétrie de volume musculaire d'un des droits (tennis, pelote basque) mais aussi une cicatrice fibreuse au sein d'une zone inflammatoire. La douleur, médiane, est ressentie sur la symphyse ou juste au-dessus de celle-ci.

2 - 4 - Le Canal Inguinal

Dans cette forme clinique, les lésions peuvent apparaître très brutalement sur un mouvement inaugurant la maladie (dilacérations de l'aponévrose de l'oblique externe, déchirure du tendon conjoint). Les formes d'installation progressive sont bien plus fréquentes. Il existe des **défauts sur la paroi** postérieure mais aussi antérieure (hockey) **du canal inguinal**. De nombreux auteurs indiquent que les défauts de paroi du canal inguinal peuvent occasionner des souffrances secondaires des **nerfs ilio-inguinal et ilio-hypogastrique** (hypertrophie associée à des anastomoses, replis rencontrés dans les névromes).

L'interrogatoire recherche une douleur ressentie inguinale en regard du canal, impulsive. Un test plus sensible sera recherché sur un patient couché, en lui demandant de relever la tête et en flexion de hanche contrariée course externe. La douleur naît dans la région inguinale pour irradier vers les organes génitaux et les adducteurs. La palpation cherchera systématiquement un élargissement de l'orifice externe du canal inguinal présent dans 94% des cas, une douleur impulsive ou quelquefois exquise de l'anneau inguinal (examen après un effort). Dans cette forme de pubalgie il n'y a pas de hernie cliniquement décelable. L'examen sera sensibilisé en position debout, par des efforts de toux et par la manœuvre de Valsalva.

3 - IMAGERIE

Le bilan débute habituellement avec les radiographies standards auxquelles on peut adjoindre une échographie dynamique. En seconde intention et notamment si le traitement médical simple est en échec l'IRM, examen non irradiant, doit être actuellement privilégiée pour l'étude des pubalgies du sportif compte tenu des performances dans l'analyse des différents composants anatomiques de la région pelvienne. Néanmoins, l'examen IRM, s'il contribue notablement au diagnostic et à l'élimination de nombreux diagnostics différentiels, ne peut décider du choix entre traitement conservateur et chirurgie dans la pubalgie du sportif.

4 - STRATEGIE DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE (Arbre décisionnel n°1)

4- 1 Conduite du traitement médical

Dans les **formes traumatiques** récentes d'un des quatre secteurs (encadré 1), il convient de respecter un réel délai de cicatrisation puis d'organiser une sollicitation infra douloureuse progressive. Concernant les **formes chroniques**, le niveau de preuve est bas concernant le choix entre traitement conservateur et traitement chirurgical. Lors de l'analyse des principales revues exhaustives il ressort que la **rééducation active** peut être initiée en première intention. Cependant plusieurs auteurs plaident pour un **traitement chirurgical d'emblée** sur certaines formes canalaires flagrantes. Le programme de rééducation s'effectue par paliers. La progression est guidée par l'indolence et prolongée au plus trois mois.

4 - 2 Traitement chirurgical

Principes

Le traitement chirurgical est essentiellement réservé à la forme inguino-pariétale avec faiblesse de la paroi postérieure du canal inguinal. La chirurgie des adducteurs et des droits abdominaux est plus rare, celle de la symphyse exceptionnelle. Dans les formes canalaies, le but de la chirurgie est de réaliser un renforcement pariétal, soit par remise en tension des muscles environnant (myographie), soit par mise en place de matériel prothétique.

Les soins de rééducation débutent vers les 10-12ème jours post-opératoires à la fréquence de 4 séances par semaine par l'entretien de la qualité cicatricielle cutanée, la lutte contre les douleurs et les troubles trophiques. Le 3^{ème} mois post-opératoire est celui de la **réathlétisation**. La reprise des sports de type pivot ou pivot/contact est en général possible entre le 2^{ème} et le 3ème mois post-opératoire.

5-Prévention

La prévention de la pubalgie a fait l'objet de nombreux travaux depuis 1970 notamment en France. L'intérêt d'une prévention primaire ou secondaire est confirmé par les travaux récents. Nous conseillons donc d'évaluer systématiquement en pré-saison les points faibles concernant la force, la souplesse, la coordination avec établissement d'un « profil joueur ». Ces compétiteurs ainsi que ceux possédant un antécédent de pubalgie bénéficient d'un travail individuel sur mesure en pré et mi-saison (détente des zones enraidies, renforcement des secteurs faibles, travail de coordination.

CONCLUSION

La prise en charge de la pubalgie du sportif doit être spécialisée, multidisciplinaire et active. Elle nécessite un bon niveau d'expertise du praticien concernant les structures anatomiques impliquées, les facteurs physio-pathologiques et le démembrement des lésions. Un diagnostic clinique précis est nécessaire avant tout traitement. L'IRM constitue actuellement l'examen référent mais il ne visualise pas les souffrances du canal inguinal dont le diagnostic reste clinique. Les véritables hernies sont très rares dans la population sportive. Le traitement médical prime dans les formes symphysaires et musculo-tendineuses. Le traitement chirurgical ne doit pas être retardé plus de 3 mois dans les formes canalaies car les résultats sont excellents aussi bien pour les techniques classiques que laparoscopiques.

Pour en savoir plus :

Bouvard M., Lippa A., Reboul G., Lutz C., La pubalgie du sportif, J.Traumatol.Sport, 2012, 29, 105-128.

Encadré 1
Définition de la Pubalgie du sportif

- 1 – l'ostéo-enthésopathie pubienne,
- 2 – les atteintes pariétales et neurologiques du canal inguinal sans hernie cliniquement décelable,
- 3 – les lésions de l'insertion des droits abdominaux
- 4 - les lésions myotendineuses et de l'insertion des adducteurs dont l'évolution peut être émaillée d'accident aigu ou de syndrome canalaire du nerf obturateur.

Légendes des Figures

Figure 1 : Radiographie, avulsion partielle du noyau d'ossification secondaire à l'angle antéro-inférieur de la symphyse.

Figure 2 : IRM, enthésopathie des adducteurs D avec perte de l'hyposignal de la lame tendineuse remplacée par un hypersignal accompagné d'un hypersignal du tissu osseux et des parties molles adjacentes.

Arbre Décisionnel n°1

STRATEGIE DIAGNOSTIQUE et THERAPEUTIQUE de la PUBALGIE

1ERE CONSULTATION AU DECOURS DE L'EFFORT

Recherche systématique des nombreux diagnostics différentiels
Syndrome douloureux 4 secteurs (symphyse, insertions des muscles abdominaux, insertions des adducteurs, canal inguinal)
Recherche de facteurs extrinsèques majeurs (surentraînement, erreurs dans le travail physique, matériel...)
Recherche de pathologie associée (rachis, hanches)
Prescription d'examen complémentaires systématiques radiologiques +/- échographique, biologiques (syndrome inflammatoire)

2EME CONSULTATION A DISTANCE D'UN EFFORT

DOULEURS DE LA VIE COURANTE

Repos complet
Antalgiques per os et en kinésithérapie

EVALUATION BI-MENSUELLE →

INDOLENCE

Evaluation Lombo-Pelvienne précise

Abdomen, Rachis, Hanches
Raideurs et Faiblesses

Si Besoin Tests Anesthésiques Diagnostiques

DIAGNOSTIC SUR LES QUATRE SECTEURS

REPOS PARTIEL

REEDUCATION SUR MESURE CLASSIQUE + PAU-TORONTO

EVALUATION MENSUELLE

BONNE EVOLUTION

CONTROLE DES POINTS FAIBLES

REPRISE

EVALUATION ANNUELLE

MAUVAISE EVOLUTION à 3 MOIS

CLINIQUE+IRM → diagnostics différentiels

Canal inguinal +/- Syndrome canalaire
Chirurgie

Reprise progressive ≥ 3 mois

Forme Symphysaire Infiltration Repos-Rééducation à poursuivre

Forme Abdos et/ou Adducteurs +/- Syndrome canalaire

Infiltration (PRP) puis Chirurgie