

La pubalgie, actualité en rééducation

6 avril 2010



Stéphane Calestrémé
DU Kinésithérapie du sport

Rééducation et pubalgie

Quelle actualité??

Depuis 2004 peu d'articles spécifiques, et peu de remise en question des stratégies thérapeutiques rééducatives.

Ce malgré les 27^{ème} journée de traumatologie du sport de la Pitié-Salpêtrière en 2009 sur la pathologie du complexe pelvi-fémoral du sportif.

- En 2004:
 - « Pubalgie du sportif-stratégie thérapeutique » (M. Bouvard, P. Dorochenko, P. Lanusse, H. Duraffour) *protocole de Pau-Toronto*
 - « La pubalgie: du diagnostic au retour sur le terrain » (P.L. Puig, P. Trouve, L. Savalli) *renforcement Add??*
- En 2009:
 - « Prise en charge thérapeutique des pubalgies de l'adulte sportif » (H. Vidalin, G. Valy, M. Abbot, M. Vidalin, M. Duclos) *Protocole de Stanish, « serpillère », ASM-MacKenzie*

Introduction

- Pathologie retrouvée essentiellement chez l'homme (J-L Zilterner, S. Leal 2007).
- Dans notre région les plus fréquemment touchés sont les footballeurs et les rugbymen.
- Importance d'un diagnostic bien posé et d'un arrêt précoce.
 - Meilleure réponse au traitement rééducatif des formes ostéo-tendino-musculaires que les formes pariétales pures (P. Dijan, Y. Demarais, D. Folinais 2009)
- Issue pratiquement toujours positive avec reprise de l'activité au niveau antérieur mais rééducation longue nécessitant l'adhésion complète du patient (reprise entre 6 à 10 semaines).



Principes du traitement



- Traitement symptomatique de la zone douloureuse.
- Réharmoniser les articulations.
- Amélioration des qualités physiques et proprioceptives.
- Limitation des facteurs de risque.
- Accompagnement lors de la reprise, prévention.

Traitement symptomatique

- C'est la phase d'attaque du traitement:
 - On recherche les point douloureux tendineux:
 - Insertion proximale des adducteurs.
 - Insertion basse des grands droits.
 - On traite par des MTP qui donnent de bons résultats sur ces structures richement vascularisées.
 - On travaille sur les muscles:
 - Fréquentes contractures du corps des adducteurs.
 - Massages, pétrissages profonds, crochets...
 - Recherche de tensions sur les psoas iliaques, ainsi qu'au niveau abdominal.
 - Pressions, massages.

Traitement symptomatique



- Sur le couple muscle/tendon des adducteurs (H. Vidalin, G. Valy, M. Abbot, M. Vidalin, M. Duclos 2009):
 - Protocole de Stanish:
 - Classiquement 3 séries de 10 mvts avec progression dans la vitesse (sport med fev 1999).
 - Eux relayent des travaux de Jonsson et al qui préconisent 3 série de 15 répétitions 2 fois par jour, 7 jours par semaine...
 - Protocole « serpillère »:
 - Travail de « glissé » en charge, écrasant le sol, jambes tendues, puis fléchies, écartées puis serrées ayant pour objet un travail de contraction concentrique et excentrique avec verrouillage pelvien...

Réharmonisation de la région

- Cette phase pourra être débutée dès le début de la prise en charge et découlera de notre bilan.
- Cependant plusieurs études mettent en cause comme facteurs favorisant (P. Rochcongar 2009, M. Bouvard, G. Reboul, O. Bonnefoy, A. Lippa 2009, J-P. Paclet 2009):
 - Des restrictions de mobilité de hanche. (perte de rot externe fin de match/intérêt assouplissement post effort)
 - Des adducteurs forts et des abdominaux faibles.(conception ancienne)
 - Cas particuliers études sur les hockeyeurs met en cause la faiblesse des add/abd.
 - Une synergie musculaire déficiente.
 - Les patients en hyperlordose.

Réharmonisation articulaire

- On contrôlera bien entendu tout le membre inférieur ainsi que le controlatéral.
- La mobilité rachidienne.
- Travail de mobilisations passives, recherches de glissement (Sohier, contracté/relâché..)
- Etirement de tous les groupes musculaires. (psoas, quadriceps, IJ, ADD, ABD). Recherche de gain d'amplitude.
- Intérêt d'un bilan ostéopathique.



Amélioration de la qualité musculaire abdominale

- Travail classique entamé progressivement avec respect de la non douleur.
- Dans un premier temps en raccourcissement, toujours dans la physiologie du muscle (contraction statique de plusieurs secondes, pas de travail dynamique)
- En progression travail de gainage 3 faces en insistant sur les obliques.
- Travail proprioceptif sur table, sur ballon de Klein...

Travail de la stabilité pelvienne

- Travail de proprioception en unipodal.
 - Plateau mono axé.
 - Reproduction du geste vitesse lente sur mousse instable.
 - Tapis de course.
- Protocole ASM-MacKenzie
 - Renforcement des stabilisateurs externe du bassin.(vidalin et al 2009)
- Protocole de Pau Toronto.
 - Travail de la proprioception et renforcement isométrique des stabilisateurs de hanche.
 - Rigueur dans sa mise en place.
 - Description précise et apprentissage au patient.
 - Auto rééducation.

Protocole de Pau Toronto

- Utilisé depuis 1997 publié et décrit en 2004, effets bénéfiques en 3 à 4 semaines. (M. Bouvard, P. Dorochenko, P. Lanusse, H. Duraffour)
- Après apprentissage avec le kinésithérapeute auto rééducation quotidienne à faire devant une glace main sur le ventre et sur les lombaires ou sur les crêtes iliaques suivant le mouvement travaillé.
- Travailler systématiquement les deux cotés en commençant par le coté sain.
- Amener le membre inférieur dans la position choisie en 4s jusqu'à l'amplitude maximale non ou faiblement douloureuse tenir 4s revenir à la position initiale en 4s.
- Enchaîner 5 cycles de chaque exercice.
- En progression plan instable, résistance élastique.

Protocole de Pau Toronto



- Fléchisseurs de hanche.
 - Une main lombaire une main sur le ventre aident à contrôler le bassin.

Protocole de Pau Toronto



- Extenseurs de hanche.
 - Une main lombaire une main sur le ventre aident à contrôler le bassin.
 - **ATTENTION À L'HYPERLORDOSE**
patient mal positionné sur cette diapo!!

Protocole de Pau Toronto



- Abducteurs de hanche

- **ATTENTION À L'INCLINAISON DU BASSIN**

patient mal positionné sur cette diapo!!

- On placera les mains sur les crêtes iliaques afin de contrôler le bassin.

Protocole de Pau Toronto



- Adducteurs de hanche.
 - Main sur les crêtes iliaques.
 - Légère rotation interne du membre en chaine ouverte.

Protocole de Pau Toronto



- Rotateurs externes de hanche: hanche et genou fléchis à 90°.
 - Mains sur les crêtes iliaques.

Protocole de Pau Toronto

P. Dorochenko – M. Bouvard



- Rotateurs internes de hanche: hanche et genou fléchis à 90°.
 - Contrôle délicat sur cet exercice. Peu de mobilité possible sans mouvement du bassin.
 - Mains sur les crêtes iliaques.

Préparation de la remise en action

- "Dynamisation" de la rééducation.
- Travail de pas chassés avec pente sur tapis de course.
- Footing test 7 à 10 min.
- Evaluation lors de la séance suivante.
- Autorisation de la reprise en fonction des sensations et du bilan.

La reprise

- Limiter les facteurs extrinsèques.
 - Crampons adaptés au terrain.
 - Chaussures de courses.
 - Travail de remise en condition physique sur vélo puis dès que possible footing, puis fartlek.
 - Adaptation de l'entraînement de reprise (1 entraînement sur 3, puis 2 sur 3, 3 sur 3 sans opposition...) En contrôlant en permanence la non douleur.
 - 1 séance de contrôle par semaine.



Conclusion



- Rééducation longue mais généralement d'issue positive.
- Nécessité d'adhésion parfaite au traitement.
- Entretien des acquis. (assouplissements post efforts étirements, gainage, Toronto...)
- Vigilance à l'avenir:
 - sur toutes les reprises d'entrainement.
 - Les changements de terrain.
 - Les phases de fatigue.