

# La pubalgie

## Prise en charge médicale

Franck LE GALL  
Lille





Plan sagittal

Plus qu'un simple problème inflammatoire

Une pathologie fonctionnelle par excellence

Quelle que soit la forme clinique



Vendredi 5

ondiale



## Classification de Blazina

Stade 1 : douleur en fin d'effort

Stade 2 : dérouillage matinal, douleur à l'échauffement, disparaissant à l'effort et réapparition en cas de fatigue physique

Stade 3 :

a) douleur permanente lors de l'effort avec diminution de la quantité et de la qualité de l'activité sportive

b) douleur permanente interdisant l'activité sportive

Stade 4 : rupture tendineuse

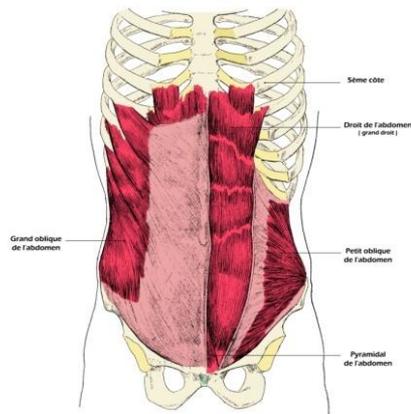
Cru 57-58



## ON VA TRAITER

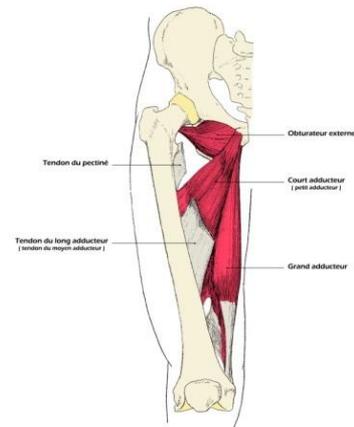
- un phénomène inflammatoire
- des raideurs articulaires
- un/des déséquilibres musculaires
- un déficit proprioceptif / posturologique

MUSCLES DE L'ABDOMEN



Vue antérieure

MUSCLES DE LA CUISSE



Vue antérieure



## Avoir une attitude logique quelle que soit la forme clinique

- C'est la douleur et la gêne fonctionnelle qu'elle occasionne qui vont guider le traitement initial
- «Éteindre » le phénomène inflammatoire
- Puis travailler à la récupération des déficits fonctionnels
- Avant d'envisager un protocole de réadaptation



## Le repos

Stade 1 : non ?

Stade 2 : logiquement oui, mais souvent adaptation des séances et temps de jeu

Stade 3 : indispensable – sa durée ??

Stade 1 : douleur en fin d'effort

Stade 2 : dérouillage matinal, douleur à l'échauffement, disparaissant à l'effort et réapparition en cas de fatigue physique

Stade 3 :

a) douleur permanente lors de l'effort avec diminution de la quantité et de la qualité de l'activité sportive

b) douleur permanente interdisant l'activité sportive

Stade 4 : rupture tendineuse



## Les AINS

Stade 1 : en compétition

Stade 2 : cure courte d'une à 2 semaines

« pour voir »

Stade 3 : associés au repos, pour une durée de plusieurs semaines

Indométacine 25 : 3 par jour

En association avec du Tétrazepam si contracture

Stade 1 : douleur en fin d'effort

Stade 2 : dérouillage matinal, douleur à l'échauffement, disparaissant à l'effort et réapparition en cas de fatigue physique

Stade 3 :

a) douleur permanente lors de l'effort avec diminution de la quantité et de la qualité de l'activité sportive

b) douleur permanente interdisant l'activité sportive

Stade 4 : rupture tendineuse



## Les infiltrations

Corticoïdes

Stades 2 et 3

« Une bombe à retardement »

Indications

OAPM : infiltration intra-articulaire sous contrôle radio

Enthésopathie : loco dolenti

Toujours associées au repos

4 semaines si OAPM

1 à 2 semaines si enthésopathie

Reprise progressive

Intérêt des facteurs plaquettaires ?

Stade 1 : douleur en fin d'effort

Stade 2 : dérouillage matinal, douleur à l'échauffement, disparaissant à l'effort et réapparition en cas de fatigue physique

Stade 3 :

a) douleur permanente lors de l'effort avec diminution de la quantité et de la qualité de l'activité sportive

b) douleur permanente interdisant l'activité sportive

Stade 4 : rupture tendineuse



## La rééducation

Toujours

Bien avant les symptômes serait l'idéal : PREVENTION

En fonction du bilan clinique

Douleur

Raideurs articulaires

Déséquilibre musculaire

Déficit proprioceptif / posturologique



# La douleur

« Garde fou »

Témoin du phénomène inflammatoire

De principe, on ne fait pas de travail actif sur la douleur

On utilise en rééducation :

- MTP, ondes de choc
- massages musculaires
- crochetage myo-aponévrotique
- courants antalgiques
- travail avec ventouses



# Les raideurs articulaires

Faire un bilan clinique

Travailler en conséquence sur :

- les psoas
- les adducteurs
- les ischio-jambiers
- les quadriceps
- les rotateurs de hanche



# Déséquilibre musculaire

Faire un bilan clinique +/- isocinétique  
Travailler en conséquence (contre résistance manuelle, avec élastique, médecine ball ...) sur :

- la ceinture abdominale  
Gainage, délordose (insister sur le transverse et les obliques)  
travail dynamique
- les adducteurs  
isométrie, excentrique  
à l'élastique
- les rotateurs de hanche
- ...

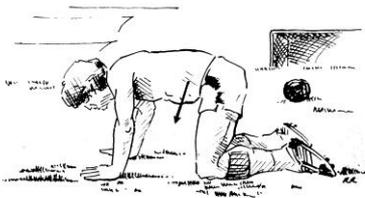


Figure - 16 -  
Position de départ abdomen relâché.

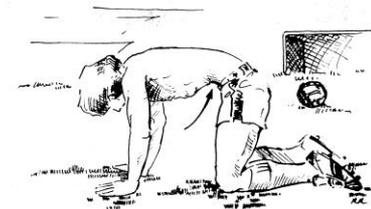


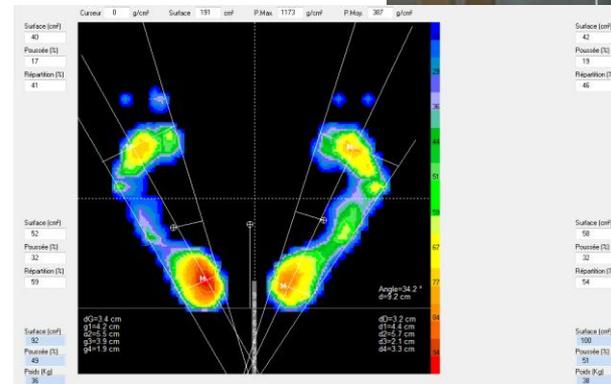
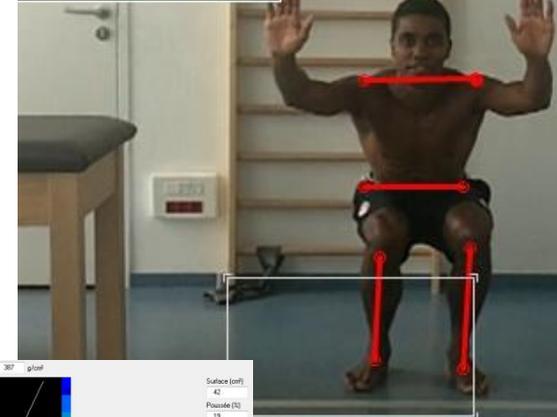
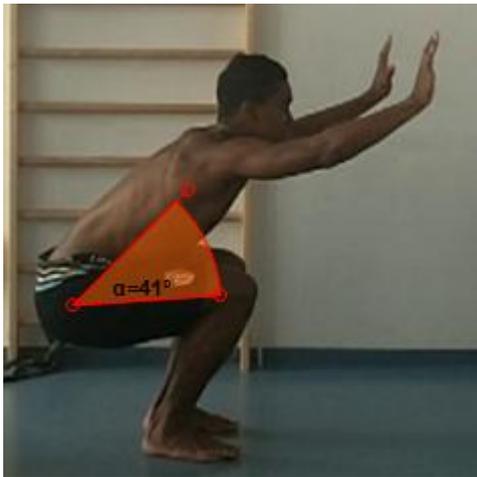
Figure - 17 -  
Position de contraction abdomines restreint en contraction.



# Déficit proprioceptif/posturologique

Faire un bilan clinique et posturologique

- appuis bipodaux en statique
- appui unipodal à la marche
- bilan d'équilibre en flexion de genoux



# Déficit proprioceptif/posturologique

Le traitement :

- des semelles correctrices et/ou proprioceptives
- un travail proprioceptif en appui unipodal, progressif dans la difficulté, en statique puis en dynamique

Objectif : contrôle de l'équilibre



# Comment articuler le traitement ?

## Phase de cicatrisation :

- objectif : antalgie
- moyens : ains, infiltrations  
soins locaux, étirements  
repos – vélo à bras

## Phase de rééducation :

- objectif : maintien de l'antalgie - préparation au terrain
- moyens : à distance des ains / corticoïdes  
début travail actif (gainage, renforcement isométrique et  
excentrique doux, proprioception)  
vélo - stepper

## Phase de réadaptation :

- objectif : retour dans le groupe
- moyens : augmentation des charges de travail en salle (travail de  
renforcement musculaire, proprioception)  
course, appuis, duels, ballon sur le terrain



# Toujours s'inquiéter de :

La biologie :

NVS, VS

Uricémie

L'état nutritionnel

Niveau d'hydratation

Alimentation « acidifiante »

Le bilan dentaire

Foyers infectieux

Occlusion



La surcharge pondérale  
(mesure de la masse grasse)  
est un véritable facteur de risque

Donc  
Régime hypocalorique à mettre en place



N'ont jamais été le traitement de la pubalgie

L'ostéopathie

L'homéopathie

Les semelles magnétiques

.....



Merci

