

# REEDUCATION DES PUBALGIES

Julien LOUBRIE MKDE

Pathologie qui touche essentiellement les hommes, environ 10 % des sportifs de compétition.

Sports entraînant des déplacements latéraux particulièrement.

La course peut-être concernée, si changement brutal de la planification, augmentation de la charge et/ou introduction subite de fractionnés.

Il existe 4 formes cliniques:

Tendinopathies du corps et insertion des adducteurs

Tendinopathies du corps et insertion des grands droits

Ostéoarthropathie pubienne

Douleurs du canal inguinal

Importance d'un diagnostic bien posé et d'un arrêt de l'activité significatif, non complet et immédiat.  
Cardiotraining et capacités tissulaires locales à maintenir (*grinder ou vélo à bras, travail de bras, vélo, natation avec pullboy...*)

Issue pratiquement toujours positive

Nécessité d'une rééducation assidue d'approximativement 10 semaines

Recours à la chirurgie en cas d'échec par la suite envisagé

# Principes de rééducation

Antalgique et symptomatique de la douleur.

Le traitement médicamenteux antalgique ou anti-inflammatoire ne doit pas être utilisé pour masquer le « marqueur lésionnel ». Utile essentiellement dans les formes symphysaires.

Développer les qualités proprioceptives et la qualité physique.

Apprendre à identifier et juguler les facteurs étiologiques.

Accompagnement dans la reprise sportive, levée de tout traitement médicamenteux.

La ceinture pelvienne devra retrouver une très bonne mobilité, une forte stabilité et une grande résistance aux contraintes excentriques.

# Comment lutter contre ces symptômes douloureux ?

## Rechercher les points douloureux

Enthèse adducteurs

Enthèse grands droits

Action de Massage Transverse Profond (MTP) technique mise au point Dr CYRIAX profitant de la riche vascularisation de cette zone.

"Agresser" la zone à traiter, pour relancer la cicatrisation et augmenter la circulation.

Augmenter la capacité de résistance tissulaire locale.

## BUTS de ce MTP :

Diminuer les adhérences

Action défibrosante

Augmentation de l'amplitude

Activer la circulation locale

Diminution de la douleur

## UTILISATION DE LA PHYSIOTHERAPIE D'USAGE :

Courants antalgiques TENS

Cryothérapie

Ultrasons

## LUTTE CONTRE L'ETIOLOGIE CONTRACTURAIRES ET DE RAIDEUR DES MUSCLES CONCERNES

Au delà du travail des adducteurs et abducteurs de hanche, intérêt des fléchisseurs et extenseurs.

Surveillance de la qualité musculaire rachidienne.

Techniques utilisées :

Massages décontracturants, pétrissages profonds, crochetages, techniques de stretch réflexes, et les étirements infra douloureux !!!

La musculature souvent oubliée, psoas iliaque et les fibres abdominales transversales et obliques.

## UN TRAVAIL PLUS PARTICULIER SUR LES ADDUCTEURS

Le but étant de rechercher la souplesse et la résistance tissulaire de l'entité muscle tendon.

### PROTOCOLE DE STANISH

But : préparer la zone à subir de nouvelles tractions excentriques à la base lésionnelles. Lutte contre l'aspect délétère du repos.

Ex : 3 séries de 10 mvts avec progressivement et dans la règle de la non douleur, augmentation de la vitesse et de la charge mécanique.

2 à 3 fois par jour, quotidiennement



## PROCOLE « SERPILLERE »

But : identiques au protocole de STANISH, avec notions supplémentaire d'un travail concentrique, le tout associé à un verrouillage pelvien.

Ex : travail glissé en charge sur un élément mobile, jambe tendue puis fléchie, mouvements d'écartement et de resserrement = adduction abduction.

Travail en indolence



# Réharmoniser la région

Il faut rapidement se baser sur un bilan de prise en charge et s'attacher à lever tout facteur postural étiologique, pour éviter toute altération des muscles abdominaux et de la symphyse pubienne.

On retrouve le plus souvent:

## Des restrictions de mobilité de hanche

morphologiques et/ou post effort

« tendance perte de Rot Ext »

P. Rochcongar, M. Bouvard, G. Reboul, O. Bonnefoy, A. Lippa.

## Un déséquilibre musculaire

### ADD/ABD/Abdominaux tout autour de la ceinture pelvienne

Intérêt de travailler la synergie de ces groupes au service de la stabilisation des mouvements de la symphyse pubienne à l'effort. (lutte contre cisaillements ant/post, sup/inf, torsions, compressions, tractions)

# Un travail proprioceptif des adducteurs et obliques



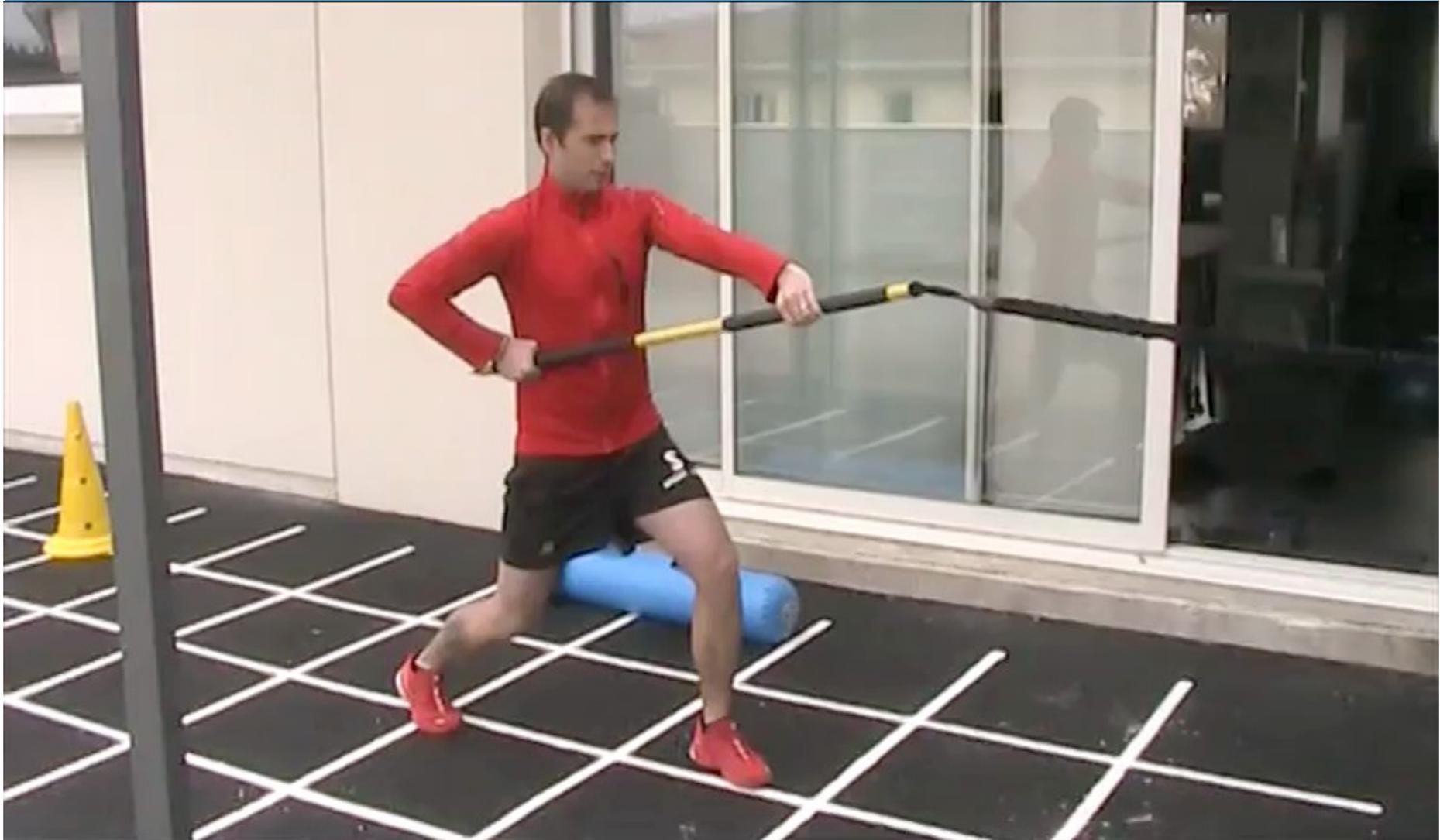
# Autre exercice proprioceptif de stabilisateurs de bassin adducteurs et abdominaux



## Une synergie musculaire déficiente en évolution sportive

Intérêt de transposer ce concept de travail au geste sportif, du fait de la majoration des contraintes précédemment citées, en appui unipodal (iliaque opp en antéversion et torsion), et en situations de changements de directions associées, aux temps d'accélération et de décélération.

# Application de la rééducation en situation de reprise sportive



## Des morphotypes hyperlordosés

Augmentation des forces divergentes symphysaires, du fait de l'augmentation de pression sur la charnière lombo sacrée.

Imbrication articulaire postérieure lombaire (restriction de mobilité).

Désynchronisation du rapport de tension entre les Fléchisseurs et Extenseurs de hanche (répercussions de tensions sur les pas post et ant à la marche, se traduisant par une hypermobilité sacro-iliaque et de torsion pubienne).

# Des restrictions de mobilités articulaires

De la charnière lombosacrée, des sacro-iliaques, et de l'ensemble des articulations des membres inférieurs.

Travail ostéopathe, Sohier, contracté relâché...



## Des tensions musculaires de toute la région

Travail d'étirements pour le gain d'amplitudes et fluidité du geste sportif ( Psoas Iliaque, Quadriceps, Ischios Jambiers, Adducteurs, Abducteurs, Fessiers, Extenseurs du rachis, Carré des Lombes).

Il y a donc intérêt de ce fait d'un bilan Ostéopathique.

# Maitrise des facteurs intrinsèques et extrinsèques de risque

S'évertuer à améliorer la qualité musculaire abdominale:

Respect de la douleur durant sa sollicitation.

Débuter par un travail en course interne, qui évoluera par la suite aux autres secteurs.

Respecter d'abord les axes physiologiques, puis évolutions aux autres axes.

Commencer par des sollicitations statiques, puis concentriques et excentriques.

Ne pas omettre de solliciter les obliques.

# Travail abdominal global à l'aide d'un TRX



# Travail abdominal global proprioceptif



## Quelques exemples d'exercices

Pour le service de la statique pelvienne, il est utile de travailler:  
**Les situations** proprioceptives unipodales

**Le sportif étant** soumis à de fortes contraintes rotatoires et à de fortes décélérations.

**But:** constituer un point fixe, puissant et endurant, soit pelvien ou pelvirachidien, soit fémoral.



## PROTOCOLE ASM-MAC KENZIE

( Videlin et Al 2009).

**But:** renforcement et étirements des stabilisateurs externes du bassin (fessiers, tenseur du fascia lata et carré des lombes).

**Actions:** bascule frontale du bassin, rachis parfaitement axé, sur une jambe tendue, posée sur une cale de 5 à 10cm, l'autre jambe produisant un abaissement lent du talon vers le sol, mouvement suivi d'une élévation lente et maximale du bassin, par séries (trois à cinq) de trois répétitions, bilatérales. **Utilisation éventuelle de charges additionnelles.**



# Protocole PAU- TORONTO

(M. BOUVARD, P. DOROCHENKO, P.LANUSSE, H. DURAFFOUR 2004)

Intérêt du travail proprioceptif musculaire global de toute la zone pelvienne et rachidienne, associé à un travail statique des stabilisateurs de hanche

Mise en place rigoureuse, précise, éducative pour le bon apprentissage du geste.

## Application quotidienne en autonomie.

Premières sollicitations face à la glace, mains placée sur les lombaires ou crête iliaque pour **rétrocontrôle**. Commencer par le côté sain, puis l'algique. Eviter l'hyperlordose (photo gauche) et l'inclinaison du rachis avec bascule du bassin (photo droite).

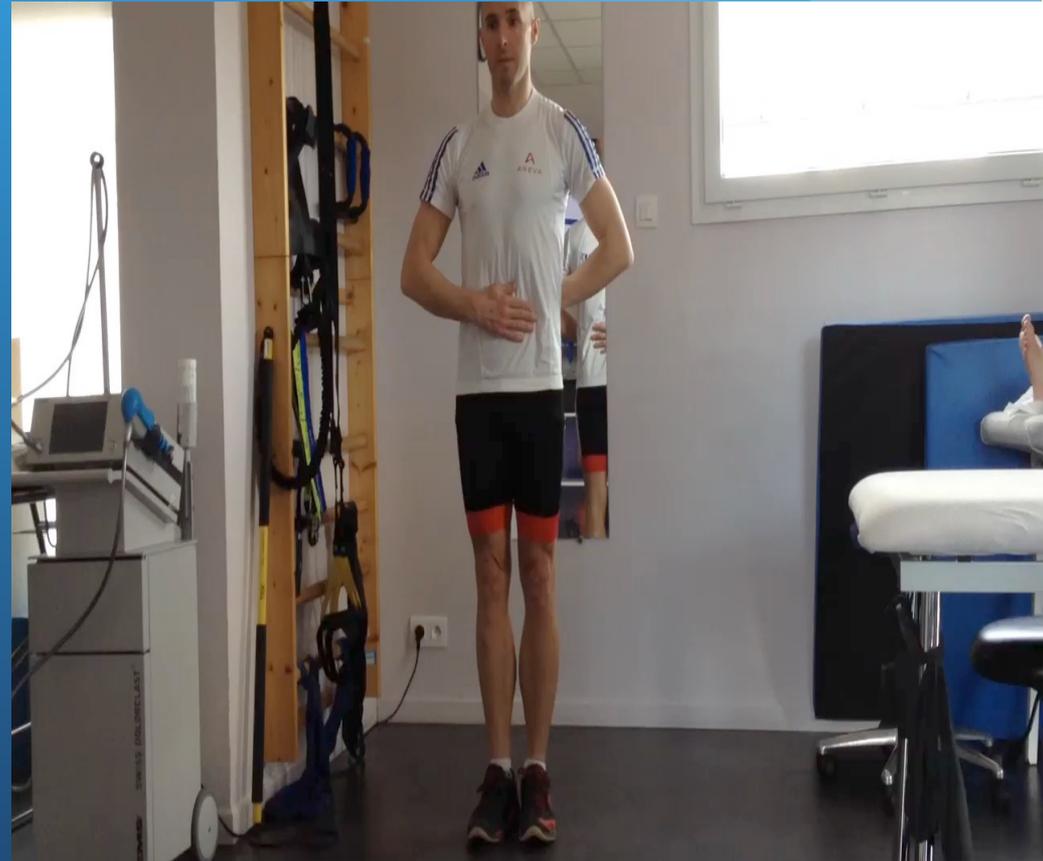


Aller en 4s jusqu'à l'amplitude maximale non ou peu douloureuse.

Tenir 4s et revenir en position initiale en 4s.

Enchaîner 5 cycles de chaque exercice.

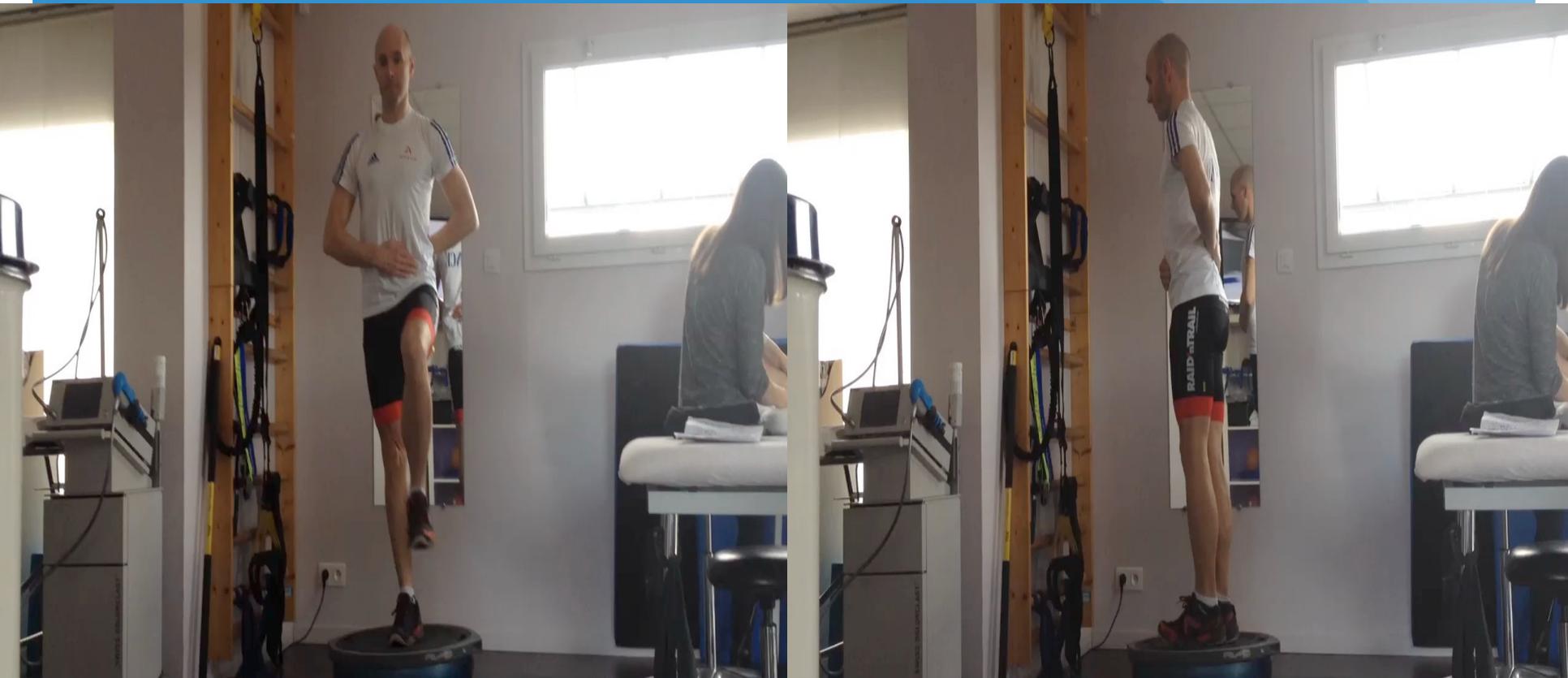
Sont concernés( Fléchisseurs et Extenseurs de hanche attention au mouvement d'hyperlordose, Abducteurs et Adducteurs de hanche, Rotateurs internes et externes de hanche genou à 90° de flexion).



Progressivement rajouter des résistances élastiques.



Enfin adapter le travail sur plan instable.



# Comment procéder a la réathlétisation?

Il faut se rapprocher de toute évidence des gestes sportifs.

Mais aussi aller plus loin dans les phases proprioceptives, en prenant en compte l'aspect de réentraînement à l'effort.

Possibilité de toujours utiliser PAU TORONTO en éducatif d'échauffement.

# Travail de réathlétisation de fin de rééducation



# Limitation des facteurs extrinsèques

S'assurer du choix du chaussage (rigidité, trop d'amortit, types de crampons fonction du terrain).

Initier une reprise des appuis, puis course sur terrain souple et plat.

Travailler pour une bonne condition physique globale.

Encourager à une planification progressive des entraînements.

(conditions climatiques, terrains, fatigue, microtraumatismes, troubles nutritionnels, déshydratation, affection virale, traitements médicaux, conditions de travail associées au sport)

# La rééducation post opératoire

Elle emprunte le schéma précédemment décrit, avec quelques spécificités de mises en œuvre.

J5: marche et station debout avec vigilance.

J8: libération et accélération du pas, début du travail musculaire.

J15: début de travail en balnéothérapie envisageable.

J25: intensification du travail musculaire et début de la proprioception.

J40: reprise de l'activité du terrain, entraînements.

J60: reprise de la compétition.